

الكتاب العاشر
سلسلة علم النفس الإكلينيكى المعاصر
رئيس التحرير/ أ.د. محمد نجيب أحمد الصبوة
أستاذ علم النفس الإكلينيكي

الكفاءة الاجتماعية

ومشكلات التعاطي والإدمان

تأليف
د. أسامة محمد الغريب

2010
إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

سلسلة علم النفس الإكلينيكى المعاصر

الكفاءة الاجتماعية

ومشكلات التعاطي والإدمان

الكفاءة الاجتماعية

ومشكلات التعاطي والإدمان

تأليف

د. أسامة محمد الغريب

بطاقة فهرسة

فهرسة أثناء النشر
إعداد/ الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية

محمد الغريب ، أسامة
الكفاءة الاجتماعية ومشكلات التعاطى والإدمان
تأليف / أسامة محمد الغريب ــ ط١ ــ القاهرة: إيتراك، ٢٠١٠.
ص ؛ سم
تدمك : ٠ ١٨٦ ٣٨٣ ٩٧٧ ٩٧٨
١- المعوقون ــ علم النفس
أ- العنوان

اسم الكتاب:	الكفاءة الاجتماعية ومشكلات التعاطى والإدمان
اسم المؤلف:	أسامة محمد الغريب
رقم الطبعة:	الأولى
السنة:	٢٠١٠
رقم الإيداع:	٢٠٠٩/١٩٣٥٠
الترقيم الدولي:	٠ - ١٨٦ - ٣٨٣ - ٩٧٧- ٩٧٨
اسم الناشر:	إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع
العنوان:	١٢ش حسين كامل سليم – ألماظة – مصر الجديدة
المحافظة:	القاهرة
التليفون:	٢٤١٧٢٧٤٩
اسم المطبعة:	الدار الهندسية
العنوان:	زهراء المعادي – المنطقة الصناعية



بسم الله الرحمن الرحيم



المحتويات

سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر

الكتاب العاشر

بقلـــم

الأستاذ الدكتور/ **محمد نجيب أحمد الصبوة**

أستاذ علم النفس الإكلينيكي بجامعة القاهرة

ورئيس تحرير السلسلة

يقع موضوع الكتاب الذي نقدم له اليوم بين مجموعة من النظم العلمية التي يجب التعامل معها بقدر كبير من الاهتمام، لأنها تمثل الوعاء العلمي الأساسي الذي يجب أن نستقي منه كل التفسيرات العلمية للظاهرة الخطيرة التي يعرض لها هذا الكتاب. إن القارئ لعنوان هذا الكتاب "الكفاءة الاجتماعية ومشكلات التعاطي والإدمان"، يمكنه أن يتبين خبرة المؤلف في الربط بين هذه النظم العلمية المحترمة، وهي علم النفس الاجتماعي الإكلينيكي، وعلم نفس الصحة الإكلينيكي، وعلم نفس الشواذ، وعلم النفس المرضي، والاضطرابات السلوكية.

إن المتخصص في علم النفس الاجتماعي يدرس سلوك الفرد كما يتشكل من خلال تفاعله مع الجماعة المرجعية، ويتوقف الأمر على نتائج هذا التفاعل، فإذا كانت هذه النتائج حميدة وحسنة، ازداد انتماء الفرد لها، وازدادت الجماعة تمسكًا به، ومن يدري قد يصبح قائدًا لها، أو قدوة تحتذى. أما إذا جاءت نتائج التفاعل الاجتماعي مع الجماعة سيئة ومرذولة، فتصبح العواقب وخيمة عليه وعلى الجماعة، ومن ثم قد تظهر لدى هذا الفرد أنماط من السلوك المرفوض اجتماعيًا، كالعنف والعدوان، والتدمير، ومناهضة القيم والمعتقدات الأسرية والاجتماعية والدينية، وتعاطي المخدرات وشرب الكحوليات وإدمانها والاعتماد عليها، والبلطجة، وحب السيطرة وفرض الرأي بالقوة إلى آخره من صور الاضطرابات السلوكية، كالوقيعة والبغضاء

والشحناء، والرشا، والمحسوبية. ومن ثم يتبين للقارئ الكريم دور العوامل الاجتماعية في تشكيل السلوك الإنساني حال السواء وحين الاضطراب والشذوذ.

ويمتد الخيط العلمي من علم النفس الاجتماعي الإكلينيكي – الذي تخصص فيه الدكتور أسامة الغريب – إلى علم نفس الصحة الإكلينيكي، الذي يركز ضمن ما يركز عليه من موضوعات، على أحد جانبين، إما الوقاية ودعم الصحة البدنية والنفسية وتعزيزها والمحافظة عليها طوال دورة حياة الفرد، وإما التدخل بأشكال مختلفة لتخليص الفرد وصحته البدنية والنفسية من المعاناة المرضية، ليعود إلى سيرته الأولى قبل أن يصل – إذا كان مريضًا – إلى مرحلة الإدمان، وقبل أن يصل – إذا كان سلوكه شاذًا ومنحرفًا – إلى مرحلة الإدمان والاعتماد الفسيولوجي والنفسي. وهنا يركز هذا العلم على دور أنماط السلوك التي تصدر من الفرد وعاداته، وأفكاره، ومعتقداته، واتجاهاته الصحية الإيجابية أو السلبية، إما في دعم صحته والمحافظة عليها، وإما في تدمير صحته البدنية والنفسية لينتهي به المطاف ليصبح مريضًا بمرض مزمن أو منحرفًا انحرافًا يفضي به إلى كثير من الأمراض المزمنة والاضطرابات النفسية والسلوكية التي لا يُرجى لها شفاء.

مما سبق نرى أن ظاهرة الإدمان والاعتماد عليه، خاصة الإدمان المتعدد، تقع بين علوم بينية تجمع، بالإضافة إلى العلمين السابقين، علم نفس الشواذ والمنحرفين، وعلم النفس المرضي، والاضطرابات السلوكية. ومن ثم يوصي كاتب هذه السطور، إنه بدلاً من الوقوع في شرك تصنيف العلوم بحدود قاطعة كالسيف، وما هي بقاطعة، ولا مفيدة، يوصي بإحلال النظرة التكاملية محل النظرة التصنيفية، حتى تعم الفائدة، وهذا ما فعله هذا الكتاب الذي نقدم له اليوم.

كما يزعم كاتب هذه السطور، أن المعالجة العلمية لهذه الموضوعات البينية، هو الذي يضيف جديدًا إلى جسم العلم، وموضوع هذا الكتاب موضوع بيني، وبالفعل قد أضاف جديدًا، والأدلة على ذلك كثيرة، نسوق للقارئ الكريم

بعضًا منها. وأول هذه الأدلة أن النتائج والمعلومات التي أضافها هذا الكتاب قد أكدت أن الشكوك والظنون التي أحاطت بالنموذج الطبي في معالجته للإدمان، والنظر إليه باعتباره مرضًا، قد أصبحت حقائق وليست ظنونًا، فيرى روبنسون Robinson (1977) أن "النموذج الطبي كإطار لتفسير الإدمان والاعتماد على المخدرات والمسكرات، نموذج ضعيف وغير كاف، ويثير من المشكلات أكثر مما يوجد من حلول". حقًا إنها ظاهرة مركبة تؤدي فيها الدوافع والسمات الشخصية والعوامل الاجتماعية، وعلى رأسها الكفاءة الاجتماعية، والتنميط الحضاري، أدوارًا لا يستهان بها، ومن ثم لا يصح اختزال كل هذه المتغيرات في المتغير البيولوجي فقط بكل ما يحويه من مكونات كيميائية وفيزيولوجية وعصبية وهرمونية. ويقول باتسون Patlison (1989) إن "الإدمان ليس مرضًا سببه اختلال التوازن الكيميائي، وإلا كانت الأدوية والعلاجات الطبية قد قضت على معاناة المدمنين، كما أنه لم يوجد أية أدلة علمية تساند هذا القول". ويرى لوي Lowe (1966) "أنه من الأجدى النظر إلى الإدمان باعتباره اضطرابًا سلوكيًا وليس مرضًا جسميًا، لأنه ظاهرة تجمع بين المتغيرات الفيزيولوجية والاجتماعية والثقافية والشخصية والنفسية.

ويكمن الدليل الثاني فيما قدمه هذا الكتاب من نتائج ومعلومات تؤكد الدور الذي تؤديه العوامل والمتغيرات التي يتكون منها مفهوم الكفاءة الاجتماعية، إما في مقاومة إغراءات التعاطي والإدمان وإغواءات مدمني المخدرات والمسكرات والاعتماد عليها. إذ يقول أسامة الغريب ما نصه: "سنجيب في هذا الكتاب عن أسئلة من قبيل: ما الذي يجعل شخصًا ينجح في مواجهة مشكلاته عمومًا والاجتماعية منها خصوصًا، لاسيما إذا ارتبطت بقضايا الإدمان ومشكلاته؟ وما الذي يمكّن شخصًا من إقامة علاقات اجتماعية ناجحة في الوقت الذي قد لا ينتبه غيره إلى مثل ذلك؟" إن الإجابة عن هذه الأسئلة وغيرها كثير قد قدمه هذا الكتاب.

ويرى الدكتور أسامة الغريب "أن الافتقار للكفاءة الاجتماعية، يعرض الشخص لعديد من المآزق الاجتماعية التي يجد الشخص نفسه فيها وجهًا إلى وجه مع الفشل الاجتماعي، والانحراف السلوكي، بما فيه التعاطي والإدمان" كما يرى أن الفرد إذا كان يتسم بالكفاءة الاجتماعية، كمفهوم مركب بين المهارات الاجتماعية، وتوكيد الذات، والثقة بالنفس، وتقدير الذات، والقدرة على حل المشكلات الاجتماعية، يرى أنه يعيش حياة سعيدة تخلو إلى حد كبير من الضغوط والكآبة والتوتر، ويستطيع أن يعقد صداقات جديدة وعميقة وينجح في حياته الزواجية والأسرية، وفي علاقاته المهنية والعلمية.

ويتمثل الدليل الثالث في برامج التدخل، إما بتنمية الكفاءة الاجتماعية بكل مكوناتها لدى المدمنين حتى يقاوموا إغراءات التعاطي، وإغواءات قرناء السوء، وإما التدخل بتعديل أفكار المدمنين ومعتقداتهم واتجاهاتهم السلبية حول التعاطي حتى يمكن أن نعيد لهم التوافق النفسي الاجتماعي المفقود، ويعودون مواطنين صالحين في المجتمع، وإما التدخل أخيرًا بالعلاج للاضطرابات السلوكية والنفسية التي ترتبت على التعاطي والإدمان، وهذا ما عرضت له الفصول الأخيرة في هذا الكتاب.

زبدة القول إن المقام لا يتسع لعرض كثير من النتائج والأدلة الأخرى التي قدمها هذا الكتاب القيم. كما أنه يمكن القول بثقة إن علم النفس الاجتماعي الإكلينيكي قد أماط اللثام عن دور العوامل الاجتماعية في تشكيل التعاطي والإدمان، وفي التخلص - كذلك - من هذه المعضلة بما لا يدع مجالاً للشك.

ويبقى أن نشير في هذا الصدد - إلى أن التكوين العلمي للدكتور أسامة الغريب الذي نقدم كتابه ليُنشر ضمن سلسلة علم النفس المعاصر، جمع بين النظر والممارسة المهنية الإكلينيكية، ولذا فإنني أشهد اليوم بثقة كبيرة، أنه باحث يملك البصيرة النقية، وسعة الإحاطة والاطلاع، والتمكن المنهجي، والدقة العلمية، وبالإضافة إلى المثابرة والقدرة على الاستدلال، وأشهد أنه تتلمذ على أيدي أساتذة عظام من قبيل أ.د. مصطفى سويف، وعبد الحليم

محمود السيد، وزين العابدين درويش، وانتهى به المطاف لكاتب هذه السطور، ومن ثم أجد لزامًا عليَّ أن أقرر، أن الدكتور أسامة الغريب – كان ولا يزال – طوال السنوات التي أشرفت عليه فيها، نموذجًا للباحث الجاد الذي يتمتع بدافعية وحماسة متوقدة، ونموذجًا لطالب العلم الملتزم. لقد كنت ولا زلت فخورًا بالإشراف عليه في إعداده لرسالته للدكتوراه، والتي أصبحت كتابًا اليوم، وفي تدريبه على طرق وأساليب العلاج النفسي على اختلاف مشاربه، ورأى أنه قد سد ثغرة في موضوعات علم النفس الاجتماعي الإكلينيكي، وقدم كتابًا جادًا يمثل إضافة للمكتبة العربية، أسأل الله أن يفيد منه علماء النفس والمهنيون في مجالات الإدمان والصحة النفسية، والله من وراء القصد إنه نعم المولى ونعم النصير.

محمد نجيب الصبوة

تمهيد

رغم أن العلاقة مع الآخرين تتسق مع فطرة الإنسان وطبيعته، فإنها تحتاج إلى ذخيرة من المهارات التى لا غنى عنها لإنجاحها، خصوصاً ونحن نعيش في عصر تتسارع فيه الأحداث، وتزيد فيه الضغوط والتحديات، وتتشابك فيه العلاقات الإنسانية بشكل لافت للنظر. فالحياة تكاد لا تخلو من المشكلات الاجتماعية مع الزملاء والأصدقاء أو حتى بين أفراد الأسرة الواحدة. غير أن معظم الناس يستطيعون في الأغلب حل ما يعترضهم من مشكلات والتخلص مما تسببه لهم من مشاعر سلبية تسبب الاضطراب، كما يتمكنون من الاستمرار في أداء أعمالهم بطريقة طبيعية وفعالة. وفى المقابل قد يجد بعض الناس صعوبة في حل مشكلات حياتهم اليومية والتخلص من مشاعر الضيق والقلق والتعاسة مما يشعرهم بالعجز والاضطراب ويدفعهم للانسحاب والهرب والعزلة والابتعاد عن الجماعة، فتسوء علاقاتهم الاجتماعية، وتضعف فاعليتهم في أداء أعمالهم بشكل ملحوظ ويكونون غالباً عرضة للمرض النفسى أو لبعض المشكلات السلوكية مثل: العنف والعدوان وتعاطى المخدرات والانتحار... الخ.

والتساؤل الآن ما الذي يجعل شخصاً ينجح في مواجهة مشكلاته عموماً والاجتماعية منها خصوصاً؟. وما الذي يمكن شخصاً من إقامة علاقات اجتماعية ناجحة في الوقت الذي يفشل غيره في تحقيق ذلك؟. وما الذي يجعل شخصاً يختار أن يعدل استجاباته وتصرفاته بما يلائم المواقف الاجتماعية، في الوقت الذي قد لاينتبه غيره إلى مثل ذلك ؟.

وبالطبع فقد طرحت عدة تفسيرات للإجابة عن تلك التساؤلات وغيرها. ويقع في قلب هذه التفسيرات ظاهرة الكفاءة الاجتماعية ومايرتبط بها من مهارات ومؤشرات؛ فالكفاءة الاجتماعية تمكن الفرد من إقامة علاقات ناجحة تتسم بالعمق والاستقرار النسبى، كما تمكنه من توسيع نطاق علاقاته نظراً لبراعته في التأثير الملائم في الآخرين، وثقته المدعومة بالقدرة على إدارة المواقف الاجتماعية، واستخدام استجابات تتسم بالملائمة للموقف والسياق، والقراءة الدقيقة للهاديات

الاجتماعية التى يرصدها في مواقف التفاعل مع الآخرين. وهى أمور لاشك تدعم النجاح في جوانب عديدة مثل : التفاوض والحوار، واحترام الآخر وقبوله، وتعمق الشعور بالأمان النفسى، وتزيد من مشاعر الود والانسجام.

أما الافتقار إلى الكفاءة الاجتماعية فإنه يعرض الشخص للعديد من المآزق الاجتماعية التى يجد الشخص نفسه فيها وجهاً لوجه مع الفشل الاجتماعى، ومحاط بعلاقات يسودها الوهن. لذا لم يكن من المستغرب أن نجد اضطراب الكفاءة الاجتماعية عاملاً مشتركاً في جميع المشكلات والاضطرابات النفسية والاجتماعية؛ فالشخص في مثل هذه الحالات تضعف قدرته على التوافق في مختلف المواقف الاجتماعية، خاصة المواقف التى تتطلب إدارة تتسم بالمهارة، أو تحتاج إلى اتخاذ قرارات لحل مشكلة من المشكلات، أو مواجهة مع آخرين، أو تعبيراً عن مشاعر إيجابية أو سلبية، أو إظهارا لرفض ومقاومة لضغوط اجتماعية.

وتعتبر مشكلات التعاطى والإدمان من أبرز المشكلات التى استحوذت على اهتمام باحثى علم النفس الاجتماعى الإكلينيكى خلال العقود الأخيرة؛ نظراً لما يترتب عليها من مشكلات خطيرة تهدد المجتمعات الحديثة واستمرارها؛ فهى تنفذ بآثارها إلى كافة جوانب حياة الفرد، كونها تمس كل ما يخص علاقته بنفسه، وصورته عن ذاته، وكفاءته في أداء أدواره الاجتماعية، ومن ثم فهي تلقي بظلالها علي حاضر الفرد ومستقبله. ومع هذه الخطورة انصب اهتمام الباحثين على الكشف عن المتغيرات النفسية والاجتماعية التى تسهم في تشكيل معالم تلك الظاهرة. وقد رصد الباحثون عدداً من متغيرات الشخصية التى ترتبط ببدء التعاطى أو العودة إليه ومنها على سبيل المثال لا الحصر: صعوبة مواجهة الضغوط، واضطراب العلاقات الشخصية المتبادلة، والعجز عن المبادأة، وتبنى الاستراتيجيات القائمة على التحاشى كاسلوب لمواجهة المشكلات الاجتماعية. وهى متغيرات تعكس في معظمها مظاهر واضحة لاضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية. وقد دفع ذلك الباحثين إلى التركيز على الدور الذي تؤديه تلك المهارات في الإقدام على تجربة التعاطى، وحتى في الحد والوقاية من مخاطرها. ويسعى هذا الكتاب إلى تقديم صورة شارحة لهذه العلاقة. وذلك من

خلال استعراض مفهوم الكفاءة الاجتماعية ومؤشراتها، وتوضيح بعض مظاهر الاضطراب التى تطرأ على مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى متعاطى المواد النفسية، ودور تلك المهارات في الوقاية من تعاطي المواد النفسية، بوصفها عنصراً فعالاً وأساسياً في معظم البرامج الوقاية التى تصمم في هذا المجال.

ويقع الكتاب الراهن في عشرة فصول، يتناول الفصل الأول منهـا أهميـة الكفاءة الاجتماعية في العلاقات الاجتماعية، وتحقيق الصحة النفسية، ودورهـا الفعال علي متصل الحصانة/ الاستهداف، والجذور التاريخية للكفاءة الاجتماعية كما تظهر خلال التراثين اليونانى والعربى الإسلامى، وتاريخ الاهتمام العلمـى بالموضوع بدءاً من عشرينيات القرن الماضى وحتى الوقت الراهن. واستعرض الفصل الثانى تعريف الكفاءة الاجتماعية وما يتصل به من مفاهيم نظرية أخرى؛ وقد بينا خلال ذلك بعض الصعوبات التى تكتنف التعريف والمعالجة الإجرائيـة لهذا المفهوم، وما يترتب عليها من إشكالات في التقييم والقياس؛ ثم عرضنا بعد ذلك لعدد من التوجهات النظرية الحديثة التى تعالج مفهوم الكفـاءة الاجتماعيـة بوصفه مفهوماً متعدد المستويات، وأبرز الأساليب المستخدمة لقياسه، محـاولين من خلال ذلك الإجابة عن تساؤلين مهمين هما : ماذا نقيم ؟، وكيف نقيس ؟. كما تناولنا أيضاً أهم المؤشرات الدالة على الكفاءة الاجتماعية وأبرزهـا : مهـارات التواصل اللفظي وغير اللفظى، وتوكيد الـذات، ومهـارات حـل المشـكلات الاجتماعية، والتوافق النفسي والاجتماعى، والسلوكيات الاجتماعية الإيجابية. ثم عرضنا في الفصل الرابع لمفهوم التعاطى وما يتصل به من مفـاهيم أخـرى، وأبرز الاضطرابات النفسية والاجتماعية المصاحبة للتعاطى والإدمان، وعلاقـة ذلك باضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى المتعاطين. وتناول الفصل الخامس بعض الدراسات التى اهتمت برصد مظاهر اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى المتعاطين، وبصفة خاصة مهارات حل المشـكلات الاجتماعيـة، والمهـارات الاجتماعية. واستعرض الفصلان السادس والسابع بعـض المنـاحى النظريـة، والمتغيرات المعرفية والوجدانية الأحادية المفسرة لاضطراب الكفاءة الاجتماعية لدي المتعاطين. وعرض الفصلان الثامن والتاسع نموذجاً لدراسة عربيـة فـي اضطراب الكفاءة الاجتماعية لدي ذوي التعاطى المتعدد والكحوليين، وأهـم مـا

انتهت إليه من نتائج. وأخيراً تناول الفصل العاشر أبرز أساليب تنمية الكفاءة الاجتماعية كما تمثلت في التدريب على المهارات الاجتماعية السلوكية، ومهارات الإدراك الاجتماعى، وحل المشكلات الاجتماعية، وإعادة التنظيم المعرفى، والتحكم في الانفعالات غير الملائمة، ودور الكفاءة الاجتماعية في برامج الوقاية من تعاطى المخدرات، وخصوصاً البرامج التى تقوم على أسس العلاج المعرفى السلوكى، وأهم العوامل المرتبطة بفاعلية التدريب على الكفاءة الاجتماعية في الوقاية من التعاطى.

هذه هى أهم الجوانب التى اشتمل عليها هذا العمل العلمى. وقد حرص الكاتب على تقديمها بأسلوب متوازن يجمع بين اللغة العلمية المتخصصة، واللغة اليسيرة التى تلاءم القارئ المثقف غير المتخصص في الدراسات النفسية، وبما يساعد في تيسير المعرفة، وتحقيق الفائدة قدر المستطاع. والله من وراء القصد.

دكتور/ أسامة محمد الغريب

الفصل الأول

الكفاءة الاجتماعية وأهمية دراستها

محتويات الفصل

- أهمية الكفاءة الاجتماعية
- الجذور التاريخية لدراسة الكفاءة الاجتماعية

تمثل دراسات التفاعل الاجتماعى، وتكوين العلاقات مع الآخرين، محوراً رئيساً لاهتمام الباحثين في علم النفس الاجتماعى؛ وذلك لصلتها القوية بالحياة الواقعية وعلاقتها الوثيقة مع عدد كبير من فروع العلم والمعرفة. ويقع موضوع الكفاءة الاجتماعية وما يرتبط بها من مهارات في قلب هذا الاهتمام؛ فالكفاءة الاجتماعية – فيما يرى بعض الباحثين (سوزان سبنس، ٢٠٠٠، ص٢٦٧؛ e.g., Crick & Dodge, 1994; Cicchetti &William, 1995) – تُعد واحدة من العوامل المهمة والمسئولة عن التفاعل الكفء للفرد، وقدرته على الاستمرار في هذا التفاعل مع الآخرين. فالشخص الذي يمتلك كفاءة اجتماعية جيدة يتمكن من توسيع نطاق علاقاته لبراعته في التواصل الفعال مع الآخرين، كما يتيسر له تعميق هذه العلاقات نظراً لأنه يثير في نفوسهم الإعجاب والمصداقية والثقة. وفى المقابل فإن الافتقار إلى الكفاءة الاجتماعية يؤدى إلى تفكك كثير من الروابط نتيجة غياب التعاطف مع الآخرين، وضعف القدرة على التعبير اللفظى الملائم، وغيرها من المهارات التى تتسبب في وهن العلاقات الاجتماعية.

وتؤكد الدلائل الواقعية أن مواقف التفاعل الاجتماعى، وإقامة العلاقات الاجتماعية الناجحة تحتاج إلى مهارات متعددة لبدء أو استمرار أو تقوية تلك العلاقات، وإدارة المواقف الاجتماعية والانفعالية، وحل المشكلات التى قد تنشأ في هذه العلاقات. فالصداقة مثلا تتطلب توافر درجة ملموسة من الكفاءة الاجتماعية تتمثل في القدرة على فهم منظور الآخر، والإفصاح عن الذات، ومشاركة الآخرين في نشاطات اجتماعية، وإظهار الاهتمام بهم (أسامة أبو سريع، ١٩٩٣، ص٢٠٧). إذ ينطوى التفاعل بين الأصدقاء على عديد من ضروب السلوك الاجتماعي الإيجابى، من قبيل المشاركة الوجدانية والتشجيع والتعاون وتقديم العون والمساندة بكافة مظاهرها، مع تبادل الخبرات والمعارف، وتقويم الآراء والمعتقدات وتأكيد صحتها أو تصحيح الخاطئ منها (المرجع نفسه، ص٤٠). والأمر لا

يختلف كثيراً بالنسبة للعلاقات الزواجية، فثمة علاقة بين الإفصاح عن مشاعر الحب، والسعادة، والحزن، والغضب، وبين التوافق الزواجى؛ فالتبادل المتوازن للمشاعر يغذى الشعور بالمساواة ومن ثم الرضا. كما أن ارتفاع مهارات إبداء الإعجاب، وضبط النفس، والاعتذار العلنى، والمصارحة يزيد التوافق، في حين يتدنى هذا التوافق في ظل ارتفاع مهارة الدفاع عن الحقوق، وإظهار الاختلاف (طريف شوقى،٢٠٠٣، ص١٧٣).

ويري أصحاب المنحى السلوكي أن عدم الانسجام الزواجى إنما يعكس تقديرات منخفضة للسلوكيات المتبادلة، ومهارات حل المشكلات، وتقديرات مرتفعة للصراع والسلبية المتبادلة،وانخفاض في مهارات التواصل، وتقدير منخفض للأنشطة الترفيهية المشتركة. ومن ثم تركزت أساليب التدخل السلوكي المبكرة على تحسين الكفاءة الاجتماعية من خلال التدريب على التواصل اللفظى وغير اللفظى، وتعليم مهارات حل المشكلات بوصفها أسلوباً نظامياً من أساليب التفاوض في قضايا الصراع والتعاقدات التوافقية، لتحقيق توازن في أساليب السلوك البناءة في العلاقات المتبادلة (إيان بنون، ٢٠٠٠، ص ٣٣٠).

وتؤدى الكفاءة الاجتماعية دوراً مهماً في تعزيز النواحى الإيجابية في الشخصية؛ فتكشف بحوث متكررة عن وجود اقتران واضح بين الكفاءة الاجتماعية، وكل من تقدير الذات (السيد السمادونى، ١٩٩٤)، ومفهوم الذات الإيجابى (أسامة أبو سريع، ١٩٩٧). إذ تعزز الكفاءة الاجتماعية ثقة الفرد في نفسه، وتقديره لذاته، كما تهيئ للشخص الذي يدرك ذاته إدراكًا إيجابياً، فرصاً أوفر لإقامة علاقات اجتماعية ناجحة تحرره من الخجل المرضى، وتميزه بالقدرة على المبادرة في مواقف التفاعل الاجتماعى (المرجع نفسه). وهى إلى جانب ذلك تصب في تدعيم مهارات التفاوض والحوار، واحترام الآخر وقبوله. وتساعد تلك

الأمور في تراجع النزاعات والانفعالات السلبية، وتدعم التفاهم والعلاقات الإيجابية، وتعمق الشعور بالأمان النفسى، وتزيد من مشاعر الود والانسجام.

كما أوضحت الدراسات وجود علاقة إيجابية بين المهارات الاجتماعية، والقدرة على التصرف، والتقرير الذاتى للشجاعة في الحديث أمام حشد كبير من الناس، والقيادة، وانخفاض مشاعر الخجل (Riggio, et al., 1987). من جانب أخر أكدت بعض البحوث (صابر عبد المولى، ١٩٩٣؛ ناصر المحارب، ١٩٩٤) وجود علاقة إيجابية بين الشعور بالوحدة النفسية والانعزال في مرحلة الطفولة، ومستوى الخجل في المراحل العمرية اللاحقة.وترتبط الكفاءة الاجتماعية بعدد آخر من المتغيرات ذات الصلة بمواقف التفاعل الاجتماعي؛ فقد أوضحت دراسات عديدة (See: Penn, et al., 1997) وجود علاقة إيجابية بين المهارات الاجتماعية، والجاذبية الجسمية المدركة؛ فالأشخاص الأكثر جاذبية، أكثر قدرة على التعبير عن الرضا في تفاعلهم مع الآخرين.

وينظر بعض الباحثين إلى الكفاءة الاجتماعية بوصفها واحدة من المكونات المهمة للصحة النفسية الإيجابية، على اعتبار أن الصحة النفسية لا تعنى فقط غياب مظاهر سوء التوافق، بل تشير إلى مجموعة من المهارات الإيجابية والمتنوعة، والخصائص المرتبطة بتحقيق النجاح والفعالية (Kazdin, 2000, p. 334). فالدرجة المرتفعة من الكفاءة الاجتماعية الانفعالية تعكس درجة مماثلة لها من الصحة النفسية، وذلك كما تعكس درجات الذكاء المرتفعة استعدادات وإمكانات عقلية متميزة (Vaillant, 2003).

ويربط ماير (Ibid) بين أنماط الاستجابة للضغوط والصحة النفسية؛ فالفرد الذي يمتلك القدرة على مواجهة المشكلات، وينسجم مع متطلبات الواقع، ويسيطر على انفعالاته ويعبر عنها بطريقة مناسبة ومقبولة، ويتعامل مع إحباطاته بطريقة

توافقية، لاشك يعكس نمطاً من الشخصية يتسم بالكفاءة الاجتماعية، ويتمتع بصحة نفسية إيجابية.

وتتفق معظم الدراسات النفسية الحديثة على وجود صلة وثيقة بين مهارات الكفاءة الاجتماعية، والصحة النفسية الإيجابية في جميع مراحل الحياة، فالأشخاص الأكثر فعالية في مواقف التفاعل الاجتماعى عادة ما يكون لديهم عدد كبيـــر مــن الأصدقاء، ويتمتعون بعلاقات أفضل مع الآخرين؛ في حين أن الأشخاص الأقــل كفاءة، يعيشون غالبـــاً في عزلة، ويزداد لديهم الشعور بالوحدة، فضلاً عــن أن العلاقات الاجتماعية، تمثل لهم مصدراً للقلق، والغضب، والشعور بالذنب (مايكل أرجايل، ١٩٩٣، ص ص ١٥٥-١٥٨).

من هذا المنطلق اعتبرت العلاقة الجيدة مع الأقران في الطفولة مؤشرا قويا للصحة النفسية الإيجابية لدى الفرد، بينما يعد اضطرابها دليلاً محتملاً لتطوير مظاهرمرضية في المستقبل؛ ذلك أن الطفل المنبوذ اجتماعياً ربما يكون أقل مهارة في المواقف الاجتماعية بالمقارنة إلى الطفل المحبوب. وقد دفع ذلك بعض الباحثين إلى التساؤل حول وجود علاقة سببية مباشرة بين انخفاض المكانة الاجتماعية بين الأقران في الطفولة، والتعرض لصعوبات في التوافق في مراحل لاحقة. ويقدم باركر وآشر (Parker& Asher, 1987) نموذجين للعلاقة بين ضعف العلاقات مع الأقران والصعوبات التوافقية المستقبلية. ويقترح النموذج الأول أن التفاعل الناجح مع الأقران يؤدي إلى تحقيق توافق صحى؛ وعليه فإن الطفل الذي يفشل في معايشة خبرة التفاعل مع الأقران، يحرم من مصدر رئيس لدعم ارتقائه، ويصبح مستهدفا لسوء التوافق؛ بينما يفترض النموذج الثاني أن ضعف التوافق في السنوات المبكرة من شأنه أن يعوق علاقات الطفل مع الآخرين، ويعرضه لصعوبات توافقية في مرحلة المراهقة وبداية الرشد.

وتؤكد الدلائل الواقعــية في هذا المجــال أن هناك ارتباطاً إيجابياً دالاً بين انخفــاض الكفــاءة الاجتمــاعية أو اضـــطرابها وبين المرض النفــسي (Ciarrochi et al., 2003)؛ وقد اتضحت هذه العلاقة منذ بحوث سوليفان في الأربعينيات، وما تلاها من بحوث زيجلر وفيليبس، وسبيفاك ومساعديهم في ستينيات وسبعينيات القرن الماضى؛ فاضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية يؤدى إلى فشل الحياة الاجتماعية، وتكرار الضغوط والمشاق، وفشل العلاقات المتبادلة بين الأشخاص (دانييل جولمان ٢٠٠٠، ص١٦٥).

وفي هذا الســياق، يشير الباحثــون (انظر: عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص١٥٠؛ Bellack et al., 1994) إلى أن جزءاً كبيراً من الأعراض الفصامية يمكن فهمه على ضوء ما يسمى اضطراب المهارات الاجتماعية، وضعف القدرات التوافقية، وتدهور العلاقات الاجتماعية وزيادة العزلة، وضعف القدرة على حل المشكلات الاجتماعية، والعجز الواضح عن التعامل الفعال مع الصراعات الاجتماعية وإدارة الأزمات أو التعامل بفاعلية في المواقف الاجتماعية نتيجة لفقر نوعية الخبرات الحياتية لدى الفصاميين.

وفى حالات القلق، يتسم السلوك الاجتماعى بخصائص تتذبذب بين أقطاب متعارضة كالانصياع الشديد، والعدوان، والخجل، والاندفاع؛ ولهذا نجد قصوراً شديداً لدى القلقين في القدرة على تبادل المشاعر الإيجابية بما فيها من دفء أو فاعلية، مما يؤثر في كفاءتهم وقدرتهم على التفاعل الاجتماعى (المرجع نفسه). فقد تبين لشانسكى (Chansky, 1996) أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب القلق، كانت لديهم توقعات اجتماعية سلبية، وقصور واضح في الكفاءة الاجتماعية، مع ارتفاع في مستوى القلق الاجتماعى، وقرر آباؤهم ومدرسوهم أنهم يعانون من سوء التوافق الاجتماعى. وتوصل فرانك وزملاؤه (Frank et al., 1997) إلى أن مستوى القلق ينبئ باستخدام التجنب كاستراتيجية لمواجهة المواقف الاجتماعية؛

وانتهى سميث وبرودزينسكى (Smith & Broodzinsky, 2000) إلى النتيجة نفسها، حيث ارتبط التقرير الذاتى للقلق إيجابياً بتبنى التجنب كاستراتيجية للمواجهة.

وعموماً، فإن النتائج في هذا الجانب، تؤكد العلاقة بين ارتفاع مستوى القلق، وانخفاض الكفاءة الاجتماعية، وضعف الدعم الاجتماعى (Skinner & Piek, 2001).

وعلى مستوى البحوث التى اهتمت بفحص مظاهر اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى المكتئبين، كشفت النتائج عن وجود متغيرات كثيرة تجعل علاقة المكتئب بالعالم الاجتماعى مصدراً للضيق والتعاسة والاضطراب لعل أبرزها: الافتقار للإيجابية في المواقف الاجتماعية، والصعوبة الشديدة في بدء العلاقات، والحساسية الشديدة عند الدخول في مواقف تفاعل، والحساسية للرفض أو التجاهل، والفشل في التعبير عن الذات أو الدفاع عما ينسب للشخص من أخطاء أو تصرفات (انظر: عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص ص١٥٣-١٥٤؛ Balog, 1996; RenouF et al., 1997; Huber, 1999; Childs, 2001).

ويشيرشاه ومورجان (Shah & Morgan, 1996) إلى وجود علاقة بين الأعراض الاكتئابية كما يقررها الأطفال، وتقديرات المدرسين لهم بأنهم منخفضون في الكفاءة الاجتماعية. وتوضح دراسة بنفورد (BenFord, 1998) وجود فروق دالة بين المكتئبين وغير المكتئبين في المهارات الاجتماعية، والتعاون وتأكيـــد الذات، والتعاطف. وكشفت دراسة محمد عبد الرحمن (١٩٩٨ ب) عن وجود علاقة سلبية بين مستوى الاكتئاب عند الأطفال، وكل من المبادأة بالتفاعل، والتعبير عن المشاعر السلبية، والضبط الاجتماعى الانفعالى، والتعبير عن المشاعر الإيجابية. وكشفت دراسة روكهيل (Rockhill, 2000) عن أن الأطفال المكتئبين لديهم عددا قليلا من الأصدقاء داخل الفصل بالمقارنة بغير المكتئبين،

وأن مدرسيهم قرروا أنهم يتسمون بانخفاض واضح في معدل السلوكيات الاجتماعية الإيجابية.

ولا يقتصر الأمر على اضطرابات الفصام، والقلق، والاكتئاب فحسب، بل هناك ظواهر سلوكية مرضية أخرى، تعد إفرازاً لضعف الكفاءة الاجتماعية من قبيل الجنوح؛ فقد تبين أن الجانحين المودعين بالمؤسسات العقابية، أقل توكيداً من غير الجانحين، وأنهم يعانون من ضعف التحكم في مشاعرهم وانفعالاتهم أثناء التفاعل مع الآخرين، مما يجعلهم أقل قدرة على إدارة علاقاتهم الاجتماعية بكفاءة (طريف شوقى، ١٩٩٨، ص٢٧). كما أوضحت دراسة ماساك (Massac, 1998) أن الجانحين الذين تكرر إيداعهم في المؤسسات العقابية كشفوا عن قدر مرتفع من الاضطراب في المهارات الاجتماعية، والتشويه المعرفى، والتورط في مشكلات تعاطى المواد النفسية وشرب الكحول، وذلك بالمقارنة بمن تم إيداعهم لأول مرة.

من جانبه يشير كاتز (Katz, 1995) إلى أن الكفاءة الاجتماعية بات ينظر إليها باعتبارها هدفا ارتقائيا مهما للأطفال والمراهقين، نظراً لأنها تبرز كعوامل حماية من الخبرات السلبية التي يتعرضون لها مثل تعاطى المخدرات والعنف والانتحار وغيرها من المظاهر السلبية والتى زادت خلال العقود الأخيرة وأصبحت تشكل تهديدا لاستقرار المجتمعات. وقد رشحت تلك المظاهر السلبية – المنتشرة بين الأطفال والمراهقين – الكفاءة الاجتماعية لكى تحتل موقعاً متميزاً على متصل الاستهداف / الحصانة للاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية؛ فقوتها تدعم عوامل الحماية للشخص، في حين أن ضعفها واضطرابها يزيدان من عوامل الخطورة، ومن ثم الاستهداف لتلك المظاهر السلبية. ولنعرض لمثالين يوضحان ذلك؛ يتمثل الأول فيما كشفت عنه البحوث الوبائية في مجال تعاطي

المخدرات من توافر مؤشرات ودلائل قوية توحى باضطراب هذه المهارات لدي المتعاطين من الطلاب (Soueif et al., 1982a; 1982b; 1986; 1987). فقد تبين أن من بين المناسبات التى تعاطى فيها من جربوا هذه المواد (سواء أكانت عقاقير مخلقة، أم مخدرات طبيعية، أم كحوليات)، مواقف المذاكرة أو الامتحانات، ومواجهة الحالات النفسية أو الوجدانية، والإحساس بالآلام الجسمية، أو التعب والإرهاق، ومواجهة المشكلات الاجتماعية (شخصية أو عائلية)؛ وتشير هذه النتيجة بوضوح، إلى أن المتعاطين لديهم استراتيجيات مواجهة سلبية لحل ما يواجهونه من مشكلات اجتماعية، أو للتغلب على تلك المناسبات المثيرة للمشقة. كما أن بعضاً ممن لم يجربوا تعاطى هذه المواد، يتوافر لديهم الاستعداد للإقدام على تلك التجربة لأسباب متعددة أبرزها: وجود ظروف نفسية أو ظهور متاعب أو آلام جسمية قد تدفع للتعاطى؛ وهو ما يعنى أن اللجوء للتعاطى يهدف إلى خفض أو تجنب الآثار النفسية والاجتماعية، وحتى الجسمية المترتبة على مواجهة المشكلات، أو هو محاولة لإحداث حالة من التوافق قصير الأمد، دون الاعتبار بالآثار السلبية التى تترتب على سلوك التعاطى. هذا فضلا عن أن نسبة كبيرة، يبدأون التعاطى كضحايا لعمليات ضغط مباشر، وترويض ملح يمارسه عليهم أشخاص معينون؛ فبين من جربوا التعاطى من عينة المدارس الثانوية العامة كانت النسب لمن دفعوا إلى هذا التجريب: ٥٥% بالنسبة للأدوية، و٩٠% بالنسبة للحشيش والأفيون، و٨٠% بالنسبة للكحوليات. ويناظر ذلك في عينة طلاب المدارس الثانوية الفنية: ٥٣%، و٨٨%، و٧٨% على التوالى (مصطفى سويف، ١٩٩٩، ص١٠٨). وهو ما يدل على أن أهم المشكلات التى تؤدى إلى بدء التعاطى، تكمن في عجز الفرد عن رفض الضغوط الاجتماعية لبدء التعاطى، أى عجزه عن رفض مطالب الآخرين، وهى من بين المهارات النوعية للتوكيد.

أما المثال الثانى والذى نسوقه هنا فيتعلق بأهمية مهارات الكفاءة الاجتماعية في خفض مظاهر العنف والعدوان؛ فقد كشفت نتائج الدراسة التي أجراها لوشمان ودودج (Lochman & Dodge, 1994) أن الأطفال العدوانيين يميلون إلى الفشل في تفسير الأحداث الاجتماعية، وسلوك الآخرين، الأمر الذي يزيد من فرص التصرف بطريقة عدوانية. وإلى جانب الخلل في الإدراك الاجتماعى لدى العدوانيين، بينت دراسة طريف شوقى (٢٠٠٣، ص ص ٥١٨-٥١٩) وجود علاقة سلبية بين الاتجاه نحو المحاجة والعدوان، أى أنه كلما ارتفع الاتجاه نحو المحاجة وأصبح إيجابياً انخفض الميل للعدوان، والعكس صحيح. ويشير كولبرت في هذا الصدد إلى أن العدوان اللفظى والبدنى علامة على نقص المهارات الاجتماعية عموما ومهارات المحاجة خصوصاً. وبذلك يمكن النظر إلى المحاجة كبديل للعدوان بوصفها وسيلة للتعبير عن الذات وحمايتها، فمن يتمكن من الدفاع عن آرائه وتفنيد آراء الآخرين لن يكون بحاجة للعدوان (المرجع نفسه)، ويساعد في ذلك النظرة والاتجاه الإيجابيين للذات، والثقة الاجتماعية في التفاعل الاجتماعى مع الآخرين (معتز عبد الله، ١٩٩٨).

هذا ما يتصل بالكفاءة الاجتماعية وأهميتها، فماذا عن تاريخ الاهتمام بدراستها.

الجذور التاريخية لدراسة الكفاءة الاجتماعية :

يكشف فحص التراث الإنسانى عن أن موضوع الكفاءة الاجتماعية – مثله مثل معظم موضوعات علم النفس الاجتماعى – له تاريخ علمى قصير وماض فلسفى طويل يمتد في أعماق الحضارة الإنسانية. ويشير مصطفى سويف (١٩٨٣، ص١٢٣) إلى أن الاهتمام بالنظر إلى جوانب الصلة بين الفرد والمجتمع قديم قدم الفكر البشرى نفسه؛ فمنذ استطاع هذا الفكر أن يسجل

مضمونه في آثار مكتوبة أو مصورة ترك لنا من المخلفات ما يشهد بهذا الاهتمام. وتبرز محاولات الفلاسفة اليونان ـ على سبيل المثال لا الحصر ـ صدق هذا المعنى، وذلك بما تركوه من مؤلفات تضمنت إشارات واضحة لموضوع الكفاءة الاجتماعية. ويعد أرسطو أبرز الفلاسفة اليونان في هذا الشأن، لما احتوته كتاباته ـ وبالتحديد كتابيه الخطابة، وعلم الأخلاق إلى نيقوماخوس ـ من دلائل مباشرة على أهمية الكفاءة الاجتماعية.

ففى كتابه الخطابة، يستهل أرسطو حديثه بتعريف الخطابة بوصفها "القدرة على النظر في كل ما يوصل إلى الإقناع في أية مسألة من المسائل". ومن الواضح أن هذا التعريف يصب في عملية التفاعل الاجتماعى بين الخطيب والمستمعين، وقدرة الخطيب على السيطرة على هذا التفاعل، وتوجيهه الوجهة التى يريدها. ويتأكد ذلك بصورة أجلى عندما يقرر أرسطو أن الأدلة التى تقوم عليها الخطبة تتصل بثلاثة جوانب أساسية تتمثل في أخلاق الخطيب، واستعداد السامعين، والخطبة نفسها. ويقرر أرسطو، أن أخلاق الخطيب تنتهى به إلى الإقناع، حينما تكون الخطبة معدة بشكل يبعث على الثقة، ويملأ نفسه بالطمأنينة، فضلاً عن معرفة الخطيب بميول المستمعين وانفعالاتهم (المرجع نفسه، ص١٢٦-١٢٧).

وفى كتابه "الأخلاق إلى نيقوماخوس"، يعرض أرسطو أيضاً لعدد من المهارات التى تتصل بالكفاءة الاجتماعية، وذلك من خلال تعريفه للصداقة على أنها "عطف متبادل بين شخصين، يريد كل منهما الخير للآخر، مع علمهما بتلك المشاعر المتبادلة بينهما (أرسطو طاليس، ١٩٢٤، ص ص٢٢٥-٢٢٦ مترجم). ويشير أرسطو إلى أهمية الصداقة بوصفها حاجة ضرورية للحياة، حيث لا يقدر أحد أن يعيش بلا أصدقاء، لأنهم الملاذ الذي نلجأ إليه وقت الشدة والضيق، وهم أساس السعادة (المرجع نفسه، ص٢٢٠)؛ فالمرء يحتاج إلى أصدقائه ليقدموا له

العون، ويبعثوا عليه السرور، ويشاركونه سعادته. ويضيف أرسطو أن الإنسان اجتماعى بطبعه؛ والرجل السعيد سليم الطبع يسعى إلى اكتساب القبول لدى الآخرين، وتجنب العزلة لثقلها على النفس (المرجع نفسه، ص ص٣١٩-٣٢١).

والمتأمل لآراء أرسطو، يلمح خلالها إشارات لعدد من مؤشرات الكفاءة الاجتماعية مثل: التواصل اللفظى مع الآخرين، والتعبير عن الذات، وتكوين علاقات الصداقة الناجحة، والتعاطف وغيرها من المؤشرات التى تحظى باهتمام علماء النفس في الوقت الراهن. وأرسطو بذلك يلفت الانتباه إلى أهمية العلاقات مع الآخرين؛ فالتعامل مع الناس مجال ضروري لا غنى للإنسان عنه. والفرد مهما كان انطوائياً، فإنه يسعى لتكوين علاقات مع الآخرين حتى وإن كانت محدودة؛ فمن الصعب الانكفاء على الذات والاستغناء عن الآخرين.

وإذا ما انتقلنا إلى نموذج آخر من نماذج التراث الإنسانى، وبالتحديد الكتابات الفلسفية والأدبية في التراث العربى الإسلامى، وجدنا مؤشرات عدة تربط بين التوافق النفسى الاجتماعى للفرد، وبين كفاءته الاجتماعية، أو بين النجاح في مختلف مواقف الحياة وبين تلك المهارات. فقد أورد الفارابى عدداً من السمات الخاصة بالقائد الناجح منها: أن يكون حسن العبارة، فصيح اللسان، قوى العزيمة على الشئ الذي يرى ضرورة فعله، جسوراً عليه مقداماً غير خائف ولا ضعيف النفس (أبو نصر الفارابى، ١٩٤٨، ص ص٨٧-٨٨). ويشير ابن المقفع إلى بعض المهارات التى يتحقق بها صلاح المعاش والمعاد والسبيل، والتي من أبرزها الإيثار بالمحبة لأنها تبلغ المرء مبلغ الفضل في كل شئ من أمور الدنيا والآخرة؛ فالمرء حين يؤثر بمحبته لا يكون شئ أجمل ولا أحلى عنده منه، ويتحقق له حسن التعامل مع الآخرين (عبدالله ابن المقفع، ١٩٤٦، ص٣٢).

ولم يكتف الفلاسفة المسلمون بإبراز هذا الجانب الاجتماعى الإيجابى المهم ـ على المستوى العام فحسب ـ بل فصلوا في شروطه، وصاغوا كثيراً من النصائح التى يتفق بعضها مع ما توصلت إليه بحوث علم النفس المعاصر. ومن بين هؤلاء أبو الحسن الماوردى، الذي يرى أن النفس في حاجة إلى اتباع الآداب الاجتماعية والدينية حتى يستقيم لها أمر الدنيا والدين. وأبرز هذه الآداب، حسن الخلق، واتباع الصدق، وتجنب الكذب، واتباع آداب الكلام، والحياء، والمروءة، والصبر؛ ويضيف الماوردى أن الإنسان إذا اتبع هذه السلوكيات، حسنت أخلاقه؛ وإذا سلك بما يوافق الأعراف والقواعد الاجتماعية، وخالط الناس، وتجنب الانعزال عنهم، كثر أصدقاؤه، وقل أعداؤه، وتسهلت عليه الأمور (أبو الحسن الماوردى، ١٩٧٨، مواضع متفرقة).

والواقع أنه مع المحاولات الفلسفية والأدبية المبكرة، التى حاولت استكشاف معالم الكفاءة الاجتماعية، وما وفرته من رؤى وتصورات يمكن أن يخضع بعضها للدراسة العلمية، فإن ذلك لم يكن كافيا للإلمام بجوانب هذا الموضوع؛ حيث لم تقدم المعرفة العامة إجابات حاسمة للعديد من الأسئلة المطروحة عند دراسة الكفاءة الاجتماعية ومهاراتها؛ ولذلك بدأت محاولات مكثفة لدراستها دراسة علمية مدققة.

وتعود البدايات الأولى للاهتمام العلمى بهذا المجال إلى عشرينيات القرن الماضى؛ فقد تضمنت المناهج التربوية الأمريكية تدريس مهارات القيـــادة واتخاذ القرار (Corsini, 1994, p. 443)؛ كما شهدت تلك المدارس إعداد مجموعة من البرامج، على أيدى متدربى معاهد الخدمة الاجتماعية في الولايات المتحدة الأمريكية – استهدفت تنمية المهارات الشخصية والتفاعلية لدى التلاميذ – فيما يعرف حالياً بالمهارات الاجتماعية؛ وتضمنت هذه البرامج أيضاً تدريب

المدرسين والآباء، وبما يساهم في تعديل البيئة المدرسية، وتحقيق نمو شخصى وأكاديمى أفضل لهؤلاء التلاميذ (Kazdin, 2000, p. 334).

وخلال العشرينيات أيضاً، حاول ثورندايك Thorndike تعريف وقياس الذكاء الاجتماعى، باعتباره واحداً من مجالات ثلاثة للذكاء هى: المجال الميكانيكى، والمجال التجريدى، والمجال الاجتماعى. ويعكس المجال الأخير قدرة الفرد على حسن التعامل مع الآخرين في مواقف التفاعل الاجتماعى (شاكر عبدالحميد، ١٩٨٩، ص١٨٣؛ عثمان الخضر، ٢٠٠٢).

وفتحت بحوث بياجيه Piaget في الارتقاء المعرفى ـ خلال ثلاثينيات القرن الماضى ـ المجال لدراسة الكفاءة الاجتماعية من منظور ارتقائى؛ فقد حدد مجموعة من القدرات المعرفية الاجتماعية تصاحب الارتقاء المعرفى للطفل، اشتملت على : المعـرفة الاجتماعية، والحساسية الاجتماعية، والحكم، ومعـالجة المعلومات الاجتماعية، ومهارات أخذ الدور. وتشير تلك المهارات إلى الطريقة التى يتمكن بها الأطفال وصغار المراهقين من تقييم الموقف الاجتماعى، وتحديد ما هو متوقع أو مطلوب فيه، والمعرفة الدقيقة بمشاعر ونوايا الآخرين، واختيار السلوكيات الاجتماعية الأكثر ملاءمة للسياق الاجتماعى المتاح (Kazdin, 2000, p. 335).

وفى أربعينيات القرن العشرين، أكد سوليفان Sullivan أهمية الكفاءة الاجتماعية، من خلال تصوره للشخصية على أنها كيان فرضى لا يمكن دراسته بمعزل عن مختلف مواقف التفاعل الاجتماعى بين الأشخاص؛ وأضاف سوليفان، أن العوامل الاجتماعية يمكن أن تؤدى دوراً مهماً في حدوث الاضطرابات النفسية بوصفها عوامل مهيئة لها (انظر: أسامة أبوسريع، ١٩٨٦، ص٢).

ومع نشاط حركة تعديل السلوك في الخمسينيات، التفت الباحثون إلى تعديل مهارات الكفاءة الاجتماعية المضطربة لدى المرضى النفسيين المقيمين في

المؤسسات العلاجية، وذلك بهدف مساعدتهم على أداء وظائفهم الاجتماعية خارج المستشفى بصورة ملائمة، انطلاقاً من أن هؤلاء المرضى لديهم جوانب قصور في مهاراتهم ناتجة عن ضعف الفرص المتاحة أمامهم لاستخدام هذه المهارات داخل المستشفى، أو أنهم لم يسبق لهم تعلم مثل هذه المهارات (Corsini, 1994, p. 443). وصاحب تلك البرامج ظهور الدراسات المحكمة في مجال الكفاءة الاجتماعية، والتى استهدفت تقييم مدى فاعلية برامج الكفاءة الاجتماعية في السياقين التربوى والمرضى (Kazdin, 2000, p. 335).

وقد ازدهرت بحوث الكفاءة الاجتماعية ــ خلال فترة الستينيات، وذلك من خلال اهتمام جيلفورد Gulford وتلاميذه بمفهوم الذكاء الاجتماعى، حيث أعاد استخدام هذا المصطلح بعد إهمال طويل ـ وتوصل إلى عدد من القدرات ينتمى إلى ما يسميه بالمحتوى السلوكى للذكاء الاجتماعى ومنها الكفاءة الاجتماعية (مجدى عبدالكريم، ١٩٩٠، ص٢). كما شهدت تلك الفترة أيضاً ظهور دراسات زيجلر Zigler وفيلبس Phillips ومساعديهم، والتى أجريت على عينات طبية نفسية متنوعة، وانتهت في مجملها إلى نتيجتين مهمتين:

النتيجة الأولى : أن مهارات الكفاءة الاجتماعية، ترتبط سلبياً بحدوث اضطرابات نفسية. أما **النتيجة الثانية**؛ فقد أوضحت أن مستوى الكفاءة الاجتماعية قبل المرض، ينبئ بمستوى التوافق والتحسن في أعقاب العلاج والخروج من المستشفى (Nezu, et al., 1989, p.39).

وشهدت السبعينيات اهتماماً متزايداً ببحوث العلاقة بين مهارات الكفاءة الاجتماعية، والاضطراب النفسى، وذلك من خلال سلسلة البحوث التى أجراها سبيفاك ومساعدوه (See: Platt & Spivack, 1972; 1973; Platt, et al., 1973) على عينات من الفصاميين والمكتئبين والقلقين، ومتعاطى المواد النفسية؛

وانتهت هذه الدراسات إلى ما يدعم نتائج بحوث زيجلر وفيليبس ومساعديهم، من أن درجة الكفاءة الاجتماعية قبل المرض، ترتبط بارتفاع أو انخفاض مستوى التوافق الراهن للمريض.

وواكب فترة الثمانينيات، اهتمام مكثف بموضوع الكفاءة الاجتماعية، بدأ غالباً، في أعقاب الانتقادات التى وجهها بعض الباحثين (e.g., Argyle, 1981, p.159; Sternberg, 1985)، فيما يتعلق بالتركيز على الوظائف والعمليات المعرفية على حساب الجانب الاجتماعى. وقد مهدت تلك الانتقادات الطريق لظهور بعض المفاهيم والتصورات الجديدة، مثل: مفهوم أبو حطب عن الذكاء الاجتماعى (العلاقات بين الأشخاص)، والذكاء الشخصى (Abou Hatab, 2000)؛ ومفهوم جاردنر Gardner عن الذكاء الشخصى، بما يتضمنه من شقين أحدهما الذكاء الذاتى، والآخر الذكاء الاجتماعى، والذى يختص بالعلاقة بين الفرد والآخرين (عثمان الخضر، ٢٠٠٢)؛ كما طالب سترنبرج وسميث (Strenberg & Smith, 1985) بتوسيع مفهوم الذكاء ليشمل مواقف الحياة اليومية للفرد، وذلك فيما يعرف بالذكاء الاجتماعى والعملى، والذى يضم قدرات عقلية مهمة لتحقيق التوافق في مختلف مواقف الحياة.

كما تميزت فترة الثمانينيات أيضاً بزيادة غير مسبوقة في الدراسات المتعلقة بالانفعالات، أسهمت بشكل واضح في ظهور مفهوم جديد يتصل بالكفاءة الاجتماعية، هو الذكاء الوجدانى (دانييل جولمان، ٢٠٠٠، ص١١ مترجم).

ففى عام ١٩٩٠، قدم سالوفى Salovey وماير Mayer مفهوم الذكاء الوجدانى ليشير إلى القدرة على إدراك الانفعالات بدقة وتقييمها والتعبير عنها، والقدرة على توليد المشاعر، وفهم وتنظيم الانفعالات والمعرفة الوجدانية، وبما يعزز النمو الوجدانى والعقلى (من خلال: عثمان الخضر، ٢٠٠٢). ويتضمن تعريف سالوفى وماير مجموعة من المهارات التى تخدم فهم انفعالات الآخرين، والحساسية الاجتماعية في مواقف التفاعل الاجتماعى، والتعبير الانفعالى الملائم

للموقف؛ وكلها من مؤشرات المهارات الاجتماعية التى يتناولها الباحثون (e.g., Riggio, et al., 1987; Saarni, 1997) في هذا المجال.

ويكشف العرض السابق لتاريخ الاهتمام بموضوع الكفاءة الاجتماعية عن الملامح الرئيسة التالية :

١ - عرف موضوع الكفاءة الاجتماعية، تاريخاً طويلاً من الاهتمام يمتد في أعماق الحضارة الإنسانية؛ ويشهد على ذلك وجود زخم هائل من الكتابات الفلسفية والأدبية التى احتوت على عدد من الأفكار القيمة حول الكفاءة الاجتماعية، وما يرتبط بها من مهارات مثل: مهارات عقد الصداقة، والتواصل الاجتماعى مع الآخرين، والقيادة، وتوكيد الذات، وغيرها من المهارات التى تستحوذ على اهتمام الباحثين المعاصرين في هذا المجال.

٢ - أن الاهتمام العلمى بموضوع الكفاءة الاجتماعية، بدأ من حيث يجب أن ينتهى. فمن الملاحظ أن الانتباه كان منصباً على التدريب على مهارات الكفاءة الاجتماعية، وذلك على حساب الدراسة النظرية. ولعل ذلك ما حدا ببعض الباحثين (e.g., Curran, 1979, p.321) إلى الدعوة لتدارك الفجوة التى نشأت بسبب عدم التناسب بين الكم الهائل من الدراسات التى اقتصرت على مجرد تقديم تدريبات لمهارات الكفاءة الاجتماعية لعينات متنوعة، وبين النذر اليسير من الدراسات التى أخذت على عاتقها مواجهة المشكلات المنهجية الملحة مثل: مشكلة التعريف، وتحديد المكونات، وطرائق القياس (أسامة أبو سريع، ١٩٨٦، ص٣).

٣ - أنه عبر تاريخ الاهتمام العلمى بموضوع الكفاءة الاجتماعية، ساهمت أربعة اتجاهات في بلورة هذا الموضوع، حتى أصبح بصورته الراهنة، وذلك على النحو التالى :

أ) بحوث الذكاء الاجتماعى، والتى بدأت عام ١٩٢٠ على يد ثورندايك، وتابعها جيلفورد عام ١٩٦٠، ثم واصل العمل فيها باحثون آخرون من أمثال: أبوحطب، وجاردنر، وسترنبرج، وريجيو، وسالوفى، وماير. وقد أسهمت هذه البحوث في توفير رؤى نظرية جيدة، ساعدت على ظهور مفاهيم نظرية جديدة (مثل: الذكاء الشخصى، والذكاء الوجدانى) ترتبط بالكفاءة الاجتماعية ومهاراتها.

ب) حركة العلاج النفسى السلوكى، والتى شهدت ازدهاراً خلال فترة الخمسينيات، اعتماداً على مختلف مفاهيم التعلم. وانعكس ذلك بدوره على جهود تعديل السلوكيات الشاذة والمضطربة التى تميز المرضى النفسيين، وتدريبهم على بعض مهارات الكفاءة الاجتماعية. ويمكن القول أنه لولا هذا التطور الذي شهده العلاج السلوكى، لتعذر التعامل مع مهارات الكفاءة الاجتماعية، وإخضاعها للدراسة والتحليل الوظيفى، ومن ثم تنميتها.

ج) البحوث التى ربطت بين اضطراب الكفاءة الاجتماعية، والاضطراب النفسى؛ وقد ظهرت هذه البحوث في أربعينيات القرن الماضى، ثم توالت خلال الستينيات والسبعينيات لتؤكد تلك العلاقة، وبالتالى تلفت الانتباه إلى أهمية السياق الاجتماعى وما يرتبط به من مهارات وقدرات تؤدى دوراً مهماً سواء على مستوى الاستهداف للإصابة بالمرض النفسى، أم على مستوى التحسن والتوافق بعد التعرض لخبرة العلاج.

د) بحوث علم النفس الارتقائى؛ والتى أسهمت بشكل واضح في تطوير البحث في مجال الكفاءة الاجتماعية، ولفتها الانتباه إلى المهارات والقدرات المعرفية والوجدانية والسلوكية الدالة على الكفاءة الاجتماعية؛ هذا فضلاً عما وفرته تلك البحوث من معلومات تتعلق بالتغير الذي يطرأ على هذه المهارات عبر العمر، وبالتالى يسرت الطريق أمام فهم وتفسير مظاهر الاضطراب التى تلحق بتلك المهارات.

٤ – أنه عبر ذلك التاريخ من التطور، ندر أن نجد نظرية متكاملة حول الكفاءة الاجتماعية ومؤشراتها، في أى من المجالات التى اهتمت بهذا الموضوع. وهو أمر يلقى بظلاله على البحوث والدراسات المستقبلية في هذا المجال، ويضع الباحثين أمام تحد حقيقى يحتاج إلى جهود متتابعة لتخطيه.

٥ – أن التناول الحديث للكفاءة الاجتماعية، تراوح بين كونها أحد مؤشرات الذكاء الاجتماعى، والذى يعد بدوره أحد مجالات الذكاء، وبين اعتبارها أحد مؤشرات الصحة النفسية. وبين هذين التصورين يمكن تصنيف الإنتاج الفكرى النفسى في هذا المجال بدءاً من الدراسات الارتقائية، ومروراً بالدراسات التى اهتمت بالعلاقة بينها وبين متغيرات الشخصية، وانتهاءً بالدراسات التى عنيت باضطراب هذه المهارات.

ولعل ما قدمنا في هذا الفصل من ملامح عامة ترتبط بأهمية الكفاءة الاجتماعية،وتناولها في الإنتاج الفكري النفسي، والجذور التاريخية لدراستها، يكون كافياً للفت الانتباه إلى ضرورة الاهتمام بهذا المفهوم وما يرتبط به من مضامين مفهومية وإجرائية، وذلك ما سنعرض له في الفصل التالي من هذا الكتاب.

الفصل الثاني

تعريف الكفاءة الاجتماعية ومؤشراتها

محتويات الفصل

- مقدمة
- تعريف الكفاءة الاجتماعية
- الكفاءة الاجتماعية والمهارة الاجتماعية
- مؤشرات الكفاءة الاجتماعية

١- القدرة علي حل المشكلات الاجتماعية

٢- مهارة توكيد الذات أو السلوك التوكيدي

٣- مهارات التواصل الاجتماعي

٤- الإدراك الاجتماعي

٥- التوافق النفسي الاجتماعي

٦- السلوكيات الاجتماعية الايجابية

تمثل مشكلة المفاهيم إحدى الصعوبات الرئيسة التى تواجه العلوم النفسية؛ حيث يتعرض علماء النفس للمعاناة المنهجية في تعاملهم معها. ومنشأ ذلك ـ فيما يرى مصطفى سويف (١٩٩٤) ـ أن ظواهر الحياة النفسية التى يتجه إليها علماء النفس بدراساتهم على اختلاف مستوياتها، بدءاً من المشاهدة المنظمة، إلى التصنيف، إلى التجريب، إلى التنبؤ، لا تقدم نفسها ككيانات محسوسة بحيث تخضع لإجراءات الملاحظة المباشرة.

ولقد صاحب تعريف الكفاءة الاجتماعية جدل كبير بين الباحثين حول المقصود بطبيعة مهارات الكفاءة الاجتماعية ومؤشراتها (Kazdin, 2000, p. 334)؛ ويفسر كافل (Cavell, 1990) ذلك بأن هذا المفهوم حظى باهتمام الباحثين في مجالات مختلفة، وهو ما أدى إلى حدوث تنوع في الأهداف والمنطلقات البحثية، ووسائل القياس المستخدمة، فضلاً عن مظاهر الكفاءة الاجتماعية التى تم التركيز عليها دون غيرها. ويضيف ترور وزملاؤه (انظر: أسامة أبو سريع، ١٩٨٦، ص٦) سبباً آخر يتمثل في أن الكفاءة الاجتماعية ظاهرة مشتقة من معايير اجتماعية وذاتية يصعب تحديدها؛ فليس هناك اتفاق عام حول ما هو السلوك الاجتماعى الملائم، بالإضافة إلى اختلاف الحكم على مدى ملاءمة السلوك باختلاف الأشخاص والعمر والنوع والمستوى الاقتصادى والاجتماعى للشخص ذاته، أو لمن يتعاملون معه في محيطه الاجتماعى؛ هذا فضلاً عن الطبيعة المشكلة للسلوك الاجتماعى، والناتجة عن صعوبة الملاحظة المباشرة في الحياة اليومية، بالإضافة إلى صعوبة التنبؤ به، وهو ما دعا بعض الباحثين (see: Van Hasselt et al., 1993) إلى الدعوة لتحليل مهارات الكفاءة الاجتماعية للوقوف على أبعادها ومظاهرها بغية الوصول إلى تحديد ملائم لها.

ويرى جرينسبان (Greenspan, 1981) أنه يمكن التمييز بين منحيين إجرائيين لتعريف الكفاءة الاجتماعية، يركز الأول على المترتبات، ويقصد بها الأرجاع التى يستثيرها السلوك في البيئة بغض النظر عن طبيعة تلك السلوكيات؛ في حين يهتم المنحى الثانى بالمضمون، والذى يشير إلى جوانب السلوك التى يمكن ملاحظتها، والتى تسهم في الأداء الاجتماعى الكفء سواء أكانت سلوكيات لفظية أم غير لفظية.

ونعرض للتعريفات التي تندرج تحت هذين المنحيين فيما يلى :

تعريفات المنحى الأول :

يعرف جولدفريد وديزوريللا (Goldfried & D'zurilla, 1961, p. 161) الكفاءة الاجتماعية بأنها الفعالية أو قدر الملائمة في استجابات الفرد نحو ما يواجهه من مواقف مشكلة.بينما يعرفها فورد (Ford, 1982) بأنها الحصول على الأهداف الاجتماعية في سياقات معينة، بواسطة استخدام المهارات الاجتماعية الواثقة والهادفة.

فى حين يعرفها ساراسون وساراسون (Sarason & Sarason, 1985) بأنها درجة إحساس الفرد بالارتياح في مختلف المواقف الاجتماعية، واستعداده للاشتراك في الأعمال والنشاطات الاجتماعية، وبذل كل جهد لتحقيق الرضا في العلاقات الاجتماعية، والاندماج جيداً داخل الجماعة، والشعور بالثقة تجاه سلوكه الاجتماعى.

وترى سبنس وزملاؤها (Spence et al., 1999) أن الكفاءة الاجتماعية مفهوم كيفى يعكس نتائج أداء الشخص في المواقف الاجتماعية. وترتبط الكفاءة الاجتماعية بالأحكام المباشرة التى يصدرها الآخرون، عن قدر جودة الأداء

الاجتماعى للفرد، والنتائج البعيدة المترتبة على التفاعل الاجتماعى، أو الدخول في علاقات ناجحة مع الأقران.

ويذكر ترور Trower وزملاؤه أنه يمكن النظر إلى شخص ما باعتباره كفؤاً اجتماعياً، إذا كان قادراً على التأثير في سلوك الآخرين بالطريقة التى يرغبها وفى الوقت ذاته يقبلها المجتمع. ومع ذلك فإن ماكفال Macfall ينحو منحاً مختلفاً معرفاً الكفاءة الاجتماعيةباعتبارها حكماً تقيمياً على قدر ملاءمة أداء الفرد في مهمة اجتماعية معينة، وبالتالى فإن الكفاءة الاجتماعية تعتمد على نتائج تفاعل الشخص، كما تتحدد من أرجاع الآخرين (سوزان سبنس، ٢٠٠٠، ص٢٦٧: مترجم).

ورغم اختلاف الباحثين في تحديد مترتبات الكفاءة الاجتماعية، فإن ثمة اتفاقاً على أنها تعنى الفعالية في السياقات الاجتماعية (Dodge, 1985)، والوصول إلى نتائج إيجابية خلال مواقف التفاعل الاجتماعى (Spence & Donovan,1998).

تعريفات المنحى الثانى :

ينظر جراهام (Graham, 1986, p. 131) إلى الكفاءة الاجتماعية بوصفها قدرة الفرد على التفاعل بنجاح وفاعلية مع الآخرين، بالشكل الذي ييسر تحقيق التوافق مع البيئة، ويساعد في إنجاز الأهداف الشخصية والمهنية، وذلك من خلال تكوين علاقات إيجابية لها طابع الاستمرار، تمكن الفرد من التأثير في الآخرين.

أما بتروفسكى وياروشيفسكى (Petrovsky & Yaroshevsky, 1987, p. 295) فيعرفان الكفاءة الاجتماعية بأنها قدرة الفرد على التواصل الفعال داخل نسق العلاقات الاجتماعية؛ وهى تتضمن القدرة على الفهم الدقيق للآخرين ولحالتهم

الانفعالية، واختيار الوسائل الملائمة للتعامل معهم، وقدرة الفرد على وضع نفسه مكان الآخرين Prespective taking .

ويري مجدي عبدالكريم (١٩٩٠) أن الكفاءة الاجتماعية تُعد نسقاً من المهارات المركبة، والأنماط السلوكية والمعارف، التى يمكن أن تظهر في السلوك الاجتماعى؛ وهى نتاج العلاقات الدينامية بين الفرد بمهاراته واستعداداته وقدراته والمواقف الاجتماعية.

ويعرفها بيرمان ووبلش (Bierman & Welsh, 2000) بأنها مفهوم منظم يعكس القدرة على إحداث نوع من التكامل بين المهارات السلوكية والاجتماعية والوجدانية لتحقيق توافق مرن في مختلف السياقات الاجتماعية.

ويميز بوك Buck بين الكفاءة الاجتماعية، والتى تعنى قدرة الفرد على التعامل مع البيئة الاجتماعية، والكفاءة الانفعالية، والتى تشير إلى التعامل مع البيئة الداخلية الخاصة بالمشاعر والرغبات. ويؤكد بوك العلاقة الوثيقة بين هذين النوعين من الكفاءة، وأهمية التفاعل بين كل من المزاج، باعتباره استعداداً فطرياً يقوم على ميكانيزمات عصبية أو هرمونية، والمهارات الاجتماعية؛ فالمزاج هو المحدد لطبيعة البيئة الاجتماعية الانفعالية الخاصة بالعلاقات بين الأشخاص في عديد من المواقف (من خلال: عبداللطيف خليفة، ١٩٩٧). أما الكفاءة الاجتماعية الانفعالية فتعرفها كل من هالبيرستات ودنهام ودينسمور (Halberstadt, Denham & Dunsmore, 2001) بأنها التواصل الوجداني الفعال، والقدرة علي التفسير الناجح للرسائل الوجدانية للآخرين ، والاستجابة لها والتواصل معها، والوعي بالانفعالات، وحسن إدارتها.

ويكشف لنا العرض السابق لمفهوم الكفاءة الاجتماعية عن النقاط التالية :

١ - يتضمن تعريف الكفاءة الاجتماعية معاني البراعة، وبما يعكس المقدرة على توظيف المهارات السلوكية والاجتماعية والانفعالية في مختلف سياقات

التفاعل الاجتماعى، ويتناسب ومتطلبات الموقف وظروفه، ويراعى المعايير الاجتماعية والثقافية للمجتمع. وعلى ذلك فليس كل سلوك يتسم في شكله ومضمونه بالمهارة يُعد كفؤاً، فهو قد ينقصه الملائمة أو حسن التوظيف في الموقف الاجتماعى.

٢ – أنه رغم تعدد تعريفات الكفاءة الاجتماعية، فإنها لا تكاد تخرج عن تأكيدها ثلاثة جوانب أساسية في تناولها لذلك المفهوم :

أ) النتـــائج المترتبة على الكفاءة الاجتماعية مثل : المكاسب الاجتماعية، والقبول لدى الآخرين، وتحقيق مزيد من التوافق الاجتماعى.

ب) المهارات المطلوبة للكفاءة الاجتماعية مثل : مهارات حل المشكلات، وتوكيد الذات، والمهارات الاجتماعية.

ج) التركيز على السلوك الاجتماعى الحالى والفعلى للفرد، عند تقييم الكفاءة الاجتماعية، وليس الأداء أو المهارة الكامنة لدى الفرد.

٣ – يمكن القول أن الكفاءة الاجتماعية ليست مجرد مهارة واحدة وإنما هي نسق من المهارات المعرفية والسلوكية والوجدانية التى تيسّر صدور سلوكيات اجتماعية تتفق مع المعايير الاجتماعية أو الشخصية أو كليهما معاً، وتساهم في تحقيق قدر ملائم من الفعالية والرضا، على المستويين البعيد والقريب، في مختلف مواقف التفاعل الاجتماعى مع الآخرين. وتنعكس مظاهر الكفاءة الاجتماعية ــ تبعاً لذلك ــ في كافة صور مهارات التواصل الاجتماعى، وتوكيد الذات، ومهارات حل المشكلات الاجتماعية، والتوافق النفسى والاجتماعى للفرد.

ويمثل هذا التصور إطاراً موجهاً لدراسة هذا الموضوع، من عدة زوايا أهمها :

أ) التعامل مع مفهوم الكفاءة الاجتماعية بوصفه مفهوماً متعدد المستويات، ومن ثم فإن تناوله بالبحث والدراسة يحتاج إلى معالجة تكاملية.

ب) أن التحديد الملائم للكفاءة الاجتماعية، يستلزم بالضرورة تقييم النتائج المترتبة على الكفاءة الاجتماعية، وأهم المهارات المطلوبة للسلوك الكفء، فضلاً عن معالجة هذا المفهوم على مستويين هما : المهارات المطلوبة للسلوك الكفء، ومكوناتها الفرعية.

ج) من المهم الوضع في الاعتبار تنويع السياق الموقفى عند قياس الكفاءة الاجتماعية، وذلك للحكم على السلوك الفعال ضمن نطاق اجتماعى أوسع.

الكفاءة الاجتماعية والمهارة الاجتماعية :

تكشف تعريفات الكفاءة الاجتماعية عن قدر من الخلط والتداخل أحيانا بين هذا المفهوم ومفهوم المهارة الاجتماعية . وكثيرا ما يستخدم المفهوم الأخير كمرادف للكفاءة الاجتماعية (Harré & Lamb, 1986, pp. 338-339: Spence,2003) . غير أن بعض الباحثين (see: Gable & Shean, 2000) في المجال يتعامل مع المهارات الاجتماعية على أنها جزء من بناء واسع يطلق عليه الكفاءة الاجتماعية؛ في حين يرى بعضهم الآخر (طريف شوقي، ٢٠٠٣، ص ٥٢) أن الكفاءة ما هى إلا مؤشر لمستوي المهارة، أى أنها حكم يصدره آخر وفق معايير معينة على مستوى المهارة؛ فحين يؤدى الفرد السلوك الماهر اجتماعياً بدرجة مرتفعة من المهارة نكون إزاء مستوى مرتفع من الكفاءة الاجتماعية.

والواقع أن موضوع المهارات الاجتماعية يعد واحداً من الموضوعات التى حظيت باهتمام الباحثين في مجالى علم النفس الاجتماعى، وعلم النفس الإكلينيكى ـ وبصفة خاصة من ينتمى منهم إلى المدرستين السلوكية والتفاعلية. ويعكس مفهـوم

المهـــارة الاجتماعية الطبيعة النوعية الموقفـــية لها، وبالتالى فهو يشير إلى مدى من الاستجابات تتســـم بالتنوع والتعقـــيد (Bellack et al., 1997, p. 4).

ويعرف ليبرت وليفنسون (Libert & Lewinsohn, 1973) المهارة الاجتماعية بأنها قدرة مركبة تزيد من فرص التدعيم الإيجابى، وتقلل من شدة العقاب أو التدعيم السلبى من قبل الآخرين؛ أو هى قدرة الفرد على إصدار سلوكيات تحظى بالتقدير والتدعيم، وتجنب السلوكيات التى تثير معارضة الآخرين، وعقابهم.

بينما يعرفها إليس ووايتنجتون (Ellis & Whittington, 1981) بأنها مجموعة من السلوكيات الاجتماعية المتعلمة، يتحكم بها الفرد ويوجهها نحو تحقيق أهداف محددة.

ويشير فيليبس Pillips (see: Harré & Lamb, 1986, p. 338) إلى المهارة الاجتماعية بوصفها قدرة الفرد على التواصل مع الآخرين، وبما يساعد في تحقيق الأهداف والالتزامات والواجبات بدرجة مقبولة دون إلحاق الأذى بالآخرين.

ويرى فان هاسيلت Van Hasselt (Ibid, p. 339) أن مفهوم المهارة الاجتماعية يشتمل على ثلاثة عناصر رئيسة تتمثل فى: طبيعة نوعية موقفية، تتطلب استعداداً لإظهار استجابات لفظية وغير لفظية ملائمة، وتمكن الفرد من التصرف بطريقة لا تعرضه للأذى أو الضرر من قبل الآخرين.

ويعرف بوك (Buck, 1991, p. 87) المهارة الاجتماعية بأنها مجموعة من القدرات النوعية، تتيح للفرد التعامل بفاعلية مع مواقف محددة، وهى تشتمل على أهداف تتعلق بالشخص أو بالعلاقات مع الأشخاص.

وينظر فاكارو وروبرتس (Vaccaro & Roberts, 1992, p.105) إلى المهارة الاجتماعية على أنها تلك العوامل التى تتيح للفرد المواجهة الفعالة مع مختلف ظروف الحياة، وإنجاز تفاعل اجتماعى يتسم بالنجاح في تحقيق الأهداف المرغوبة.

ويحدد بلاك وزملاؤه (Bellack et al., 1997, p. 4) المهارة الاجتماعية بوصفها قدرة الفرد على التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية ـ على حد سواء ـ في سياقات التفاعل بين الأشخاص، دون أن يترتب على ذلك إحساس بإمكان فقد الدعم الاجتماعى في مجالات متنوعة. وتتضمن المهارة الاجتماعية نوعاً من التآزر بين الاستجابات اللفظية وغير اللفظية. والشخص الماهر اجتماعياً هو من يمتلك القدرة على التعامل مع معطيات الموقف، ويكون واعياً بما سيدعم جهوده بالنجاح.

بينما ينظر كومبس Combos وسلابى Sleaby (see: Kazdin, 2000, p.334) إلى المهارة الاجتماعية بوصفها القدرة على التفاعل مع الآخرين بطريقة مقبولة في سياق اجتماعى معين، وبما يحقق نفعاً متبادلاً.

وتنهض المهارات الاجتماعية بدور كبير في مساعدة الفرد على تحقيق أهداف متنوعة، والحصول على التدعيم في سياقات التفاعل مع الآخرين، وتيسير المبادأة ومواصلة التفاعل، والنهوض بتحقيق الحاجة للرضا في العلاقات المهنية، والنسق الاجتماعى، وتلقى التدعيم في سياق التفاعل الاجتماعى لأهداف لا تتعلق ـ أحياناً ـ بالعلاقة الاجتماعية ذاتها؛ كما أنها تساعد في حماية الشخص من انتهاك حقوقه، وتؤدى به للحصول على التدعيم، وتقليل العائد الاجتماعى السلبى نظراً لأنها تتفق مع معايير الثقافة، وتتسق مع التوقعات المرتبطة بالسلوك الاجتماعى (Ibid, p.370).

مؤشرات الكفاءة الاجتماعية :

عرضنا فيما سبق لتعريفات الكفاءة الاجتماعية، سواء تلك التي عالجتها بوصفها تتضمن حكما كيفيا على الأداء في مواقف التفاعل الاجتماعى، أم تلك التعريفات التى نظرت إليها باعتبارها نسقاً من المهارات التى تيسر تحقيق النجاح مع الآخرين. ولكن كيف نحكم على الكفاءة الاجتماعية لشخص ما؟، أو بمعني آخر كيف تفصح الكفاءة الاجتماعية عن نفسها في مواقف التفاعل مع الآخرين؟. ويكشف استقراء الإنتاج الفكرى النفسى الخاص ببحوث الكفاءة الاجتماعية عن توجه الباحثين نحو عدد من المتغيرات ومعالجتها بوصفها مؤشرات للكفاءة الاجتماعية وأبرزها: القدرة على حل المشكلات الاجتماعية، والسلوك التوكيدى، ومهارات التواصل الاجتماعى، والإدراك الاجتماعى، والتوافق النفسي الاجتماعى، والسلوكيات الاجتماعية الايجابية.

والمتأمل للمهارات الأربع الأولى يجد أنها تشكل ركيزة مهمة لإقامة علاقات اجتماعية ناجحة لها طابع الاستقرار النسبى. فلا يمكن لعلاقة إنسانية أن تنشأ وتستمر دون وجود مهارات تواصل اجتماعى جيد، وإدراك اجتماعى يكفل تفسيراً ناجحاً للاستجابات الانفعالية والاجتماعية التي تصدر عن المتفاعلين في الموقف. وتحتاج تلك العلاقات إلى مهارات توكيدية تكفل التعبير عن الآراء والمشاعر بحرية انفعالية، كما تحتاج أيضاً إلى قدرة على حل المشكلات الاجتماعية التي يتوقع أن تواجه أطراف التفاعل. وبغياب بعض أو كل هذه المهارات، أو حتي ضعفها، يصعب أن يتحقق تفاعل مثمر مع الآخرين.

ورغم أن الكفاءة الاجتماعية تدرس من خلال تلك المهارات النوعية، فإن ثمة تصور بين الباحثين أنه لا يمكن الحكم عليها إلا من خلال نتائج اجتماعية تبدو فيها المحصلة النهائية لفعالية هذه المهارات، وتوظيفها بطريقة تعكس قدراً

كبيراً من التكامل فيما بينها. وبذلك تعد السلوكيات الاجتماعية الإيجابية، وإقامة علاقات لها طابع الاستقرار النسبى، والتوافق النفسى الاجتماعى مؤشرات للكفاءة الاجتماعية، على اعتبار أنها تمثل المحصلة النهائية المرجوة.

ونعرض لبعض هذه المؤشرات وما يرتبط بها من مظاهر فيما يلى :

١ – القدرة على حل المشكلات الاجتماعية :

تنشأ المشكلة حين يعجز الفرد عن الوصول إلى هدفه بالطرائق المباشرة المتاحة؛ وتعرف المشكلة بأنها عائق موجود في موقف ما، يحول بين الفرد والوصول إلى هدفه (محمد نجيب الصبوة، ١٩٩٠، ص٤٠٣)؛ بينما يعرف موقف حل المشكلة بأنه عملية اختيار من بين عدد من البدائل للوصول إلى الهدف أو الحل الصحيح (English & English, 1958). ويتضمن حل المشكلة اكتشاف استجابة جديدة صحيحة لموقف جديد، تمكن الفرد من إزالة العائق والوصول إلى هدفه (محمد عثمان نجاتى، ١٩٨٨، ص٢٥٩)، وبالتالى فهو نوع من التفكير الموجه يتضمن كلاً من تكوين (صياغة) الاستجابة وانتقاء الاستجابة (روبرت سولسو، ١٩٩٦، ص٨٢٢: مترجم)، أو هو نشاط معرفى يتجه نحو إنجاز هدف ما (Mayer, 1994, p. 599).

ويعرف ديزوريلا وجولد فريد (D'zurilla & Gold Fried, 1971) حل المشكلات الاجتماعية بأنه تلك العملية السلوكية التى تساعد الفرد في التوصل إلى استجابات متعددة للتعامل مع الموقف المشكل، وتزيد من احتمالية اختيار أكثر الاستجابات فعالية من بين البدائل المطروحة للحل؛ بينما يشير إليه ديزوريلا ونيزو (D'zurilla & Nezu, 1982) بوصفه العملية التى يتمكن خلالها الفرد من تحديد أو اكتشاف الوسائل الفعالة لمواجهة المواقف المشكلة في الحياة اليومية.

في حين يعرف نيزو (Nezu, 1987) حل المشكلات الاجتماعية بأنه عملية وعى معرفى تتيح للفرد فهم طبيعة العقبات والحواجز في الحياة، وتساعده في توجيه محاولاته نحو طبيعة المشكلة، وإرجاعه نحوها.

ويعتمد موقف حل المشكلة على ظروف مسبقة توفرها مختلف مخازن الذاكرة، وعمليات الربط بين مختلف الوقائع وما بينها من علاقات. ولا يصدر السلوك المعرفى من الفرد كاستجابة صريحة إلا بعد مناقشات ذهنية مضمرة تمر بعمليات عديدة من قبيل التعلم والانتباه والإدراك وعمليات الإعداد والاختمار، والتنوير، والتحقق الذهنى؛ وكلها عمليات وسيطة تظل ضمنية حتى يصل الفرد إلى الحل الصحيح فيقوم بالتصريح به؛ وينبثق عن تلك العمليات بعض العمليات المساعدة مثل: الدافعية، ودرجة الاستثارة والتنبه، والقلق، والتثبيت الوظيفى، والوجهة الذهنية، والتوجه أو التوجيه (محمد نجيب الصبوة، ١٩٩٠، ص٤٠٤).

وقد حظيت مهارات حل المشكلات الاجتماعية باهتمام واسع من جانب الباحثين في علم النفس الإكلينيكى، والصحة النفسية، بوصفها واحدة من أهم مؤشرات الكفاءة الاجتماعية، والتى تعكس مدى فعالية الفرد في التعامل مع مشكلات الحياة اليومية Daily life problems ، ونجاحه في التغلب على المعوقات التى تحول دون إشباع حاجاته ورغباته، وبالتالى تحقيق التوافق النفسى والاجتماعى؛ وهى إلى جانب ذلك تُعد عاملاً وقائياً يحول دون ظهور المؤشرات المرضية ومظاهر سوء التوافق؛ وعلى ذلك فإن اضطرابها من شأنه أن يؤدى إلى حدوث عديد من السلوكيات المرضية مثل: الاكتئاب، والقلق، وتعاطى المواد النفسية (Nezu et al., 1989, pp. 42-43).

ويرى نيزو وزملاؤه (Nezu et al., 1989) أن حل المشكلة الاجتماعية يمكن النظر إليه من زوايا متعددة؛ فمن ناحية يعرف حل المشكلة من المنظور

السلوكى بوصفه أحد أشكال عملية التعلم التى يستجيب فيها الفرد لموقف مشكل، ويترتب على ذلك تغير واضح في السلوك؛ ومن ناحية ثانية، ينظر أصحاب نظرية التعلم الاجتماعى إلى حل المشكلة على أنه عملية إدارة للذات، حيث يكون الفرد عاملاً رئيساً في توجيه سلوكه الشخصى، وبما يساعده في التوصل إلى نتيجة إيجابية؛ في حين يعالج منظرو الصحة النفسية حل المشكلات الاجتماعية بوصفه استراتيجية عامة للمواجهة تهدف إلى اكتشاف السلوكيات الفعالة التى من شأنها أن تسهم، وتيسر استمرار الكفاءة الاجتماعية.

وقد اهتم الباحثون بدراسة مختلف مراحل حل المشكلة؛ فاقترح جونسون Johnson (من خلال: فتحى الزيات، ١٩٩٥، ص٣٩٠) ثلاث عمليات أساسية لحل المشكلة هى : الإعداد أو التحضير، والإنتاج، والتقويم؛ بينما يشير محمد عثمان نجاتى (١٩٨٨، ص ص ٢٦١-٢٦٢) إلى وجود خمس مراحل لحل المشكلة تتمثل في الشعور بوجود مشكلة، وجمع البيانات حول موضوع المشكلة، ووضع الفروض، وتقـييم الفروض، والتحـقق من صحة الفروض؛ في حين تحدد سوزان سبنس (٢٠٠٠، ص ص ٢٧٢-٢٧٣: مترجم) عدداً من المهارات الأساسية لحل المشكلات الاجتماعية تتضمن تحديد طبيعة الموقف المشكل، ووضع الأهداف المتعلقة بالموقف، وتوليد بدائل الحل الممكنة، وتوقـع النتائج المرتبطة بكل بديل من تلك البدائل، واختيار البديل الأكثر احتمالاً لأن يؤدى للمترتبات المرغوبة، والبحث في الرصيد الشخصى عن استجابات مشابهة، وتوليد مخزون جديد من الاستجابات، ووضع خطط في ترتيب وتتابع لتنفيذ حل محدد.

ورغم اختلاف الصيغ التى تبدو فيها المشكلات من حيث الشكل والحجم ودرجة التعقيد، والتباين الذي يمكن أن نلحظه في عدد وطبيعة المراحل أو الخطوات المتضمنة في حل المشكلة، فإننا نلمح اتفاقاً بين الباحثين (انظر: محمد

نجيب الصبوة، ١٩٩٠، ص ص ٤٠٨-٤٠٩؛ Nezu et al., 1989) على عدد من المراحل لا يكاد يخلو منها نموذج لحل المشكلات لعل أبرزها ما يلى :

أ) مرحلة التوجه نحو المشكلة : ويقصد بها مجموعة الاستجابات العامة التى يستخدمها الفرد لفهم، واستقبال المواقف المشكلة. ويُعد التوجه للمشكلة عملية دافعية من شأنها أن تيسر أو تكف عملية حل المشكلة؛ وتتضمن تلك المرحلة عمليات إدراك المشكلة، وعزو المشكلة وتقييمها، والمعتقدات المتعلقة بالضبط الشخصى، والتوجه نحو أسلوب المواجهة المتبع للتعامل مع المشكلة.

ب) مرحلة تحديد وصياغة المشكلة : تُعد هذه المرحلة من أهم مراحل حل المشكلة، وفى الوقت ذاته من أصعبها وأكثرها تعقيداً. وتهدف هذه المرحلة إلى تقييم طبيعة موقف المشكلة، وصياغة أهداف واقعية أو موضوعية لحل المشكلة، وذلك من خلال جمع المعلومات وتحليلها ومعالجتها بطريقة تخلو من الغموض والتشويه، وتحديد الملائم منها، واستبعاد غير الملائم تمهيداً لوضع فروض لحل المشكلة.

ج) مرحلة توليد بدائل حل المشكلة : أثناء التفكير في المعلومات السابقة المرتبطة بموقف المشكلة وتنفيذها تطرأ على الذهن بعض الحلول المحتملة للمشكلة، وتهدف هذه المرحلة التوصل إلى أكبر عدد ممكن من بدائل الحل أو استراتيجيات المواجهة الممكنة، وبما يزيد من احتمالات إيجاد حلول جيدة للمشكلة.

د) مرحلة اتخاذ القرار : بعد وضع الفروض، يتم جمع بيانات أخرى لمناقشة تلك الفروض والتأكد من ملاءمتها لحل المشكلة. وعادة ما يستبعد كثير من

الحلول بمناقشتها وتفنيدها على أساس المعلومات والوقائع، وتقييم النتائج المترتبة عليها.

هـ) مرحلة تنفيذ الحل والتحقق منه : بعد اتخاذ القرار بتنفيذ حل معين من بين البدائل المطروحة، يتم جمع ملاحظات جديدة للتأكد من كفاءة الحل؛ وذلك برصد النتائج التى ترتبت على تنفيذ هذا الحل ، ومدى تناسبها مع التوقعات المرجوة من حل المشكلة (Ibid).

ويؤدى الخلل في بعض أو كل هذه المراحل إلى الفشل في إصدار استجابة تتسم بالكفاءة. وتشير سبنس (Spence, 2003) إلى وجود نمطين من الخلل في مهارات حل المشكلات الاجتماعية، يتمثل النمط الأول في عدم اكتساب هذه المهارات، بينما يتمثل النمط الثاني في الفشل في أداء تلك المهارات على الرغم من اكتسابها. ويساعد هذا التصنيف في اقتراح تدخلات ملائمة تناسب كل نمط؛ ففى حالات عدم وجود رصيد مناسب من هذه المهارات لدي الفرد عادة ما يتم اللجوء إلى برامج التدريب على مهارات حل المشكلات، أما في حالات الفشل في الأداء، فإن صور التدخل تتجه صوب التخلص من العوامل المعرفية والانفعالية والسلوكية التى قد تعوق هذا الأداء.

٢- مهارات توكيد الذات أو السلوك التوكيدى :

على الرغم من الاهتمام الواسع بمفهوم السلوك التوكيدى، فإنه لا يزال يفتقد إلى تعريف واضح ومحـــدد يحظى باتفـــاق الباحثين في هـــذا المجال (أسامة أبو سريع، ١٩٨٦، ص٢٦؛ Gilbert & Allan, 1994). ويعود السبب في ذلك إلى تعدد وجهات النظر فيما يتعلق بطبيعة ومكونات توكيد الذات؛ فبينما ينظر بعض الباحثين (Ibid) إليه بوصفه يشير إلى مجموعة من الأبعاد المختلفة تتضمن القدرة على التعبير الذاتى الذي يخلو من القلق في مواقف التفاعل الاجتماعى؛ ينظر إليه آخرون (انظر: معتز عبدالله، ١٩٩٨) بشكل مستقل عن

القلق، على اعتبار أن برامج التسكين المنظم قد تنجح في خفض القلق، غير أن ذلك لا يؤدى بالضرورة إلى اكتساب القدرة على توكيد الذات.

ويستعرض عبدالستار إبراهيم (١٩٩٨، ص ص ٢٩٢-٢٩٣) عدداً من المعانى التى يتضمنها مفهوم السلوك التوكيدى، وذلك على النحو التالى :

١ – الدفاع عن الحقوق الشخصية الفردية المشروعة سواء في الأسرة أو العمل أو عند الاحتكاك بالآخرين من الغرباء أو الأقارب.

٢ – التصرف وفق مقتضيات الموقف، ومتطلبات التفاعل بحيث يخرج الفرد من هذه المواقف منتصراً، وناجحاً، ولكن دون إخلال بحقوق الآخرين.

٣ – التعبير عن الانفعالات والمشاعر بحرية، ما دامت تخلو من العيب والحرام.

٤ – التصرف من منطلقات نقاط القوة في الشخصية، وليس نقاط الضعف، بحيث لا يكون الفرد ضحية لأخطاء الآخرين أو الظروف.

٥ – تتضمن التوكيدية قدراً من الشجاعة وعدم الخوف من أن يعبر الفرد عن شعوره الحقيقى، بما في ذلك القدرة على رفض الطلبات غير المعقولة أو الضارة بسمعة الإنسان وصحته.

٦ – التحرر من مشاعر الذنب غير المعقولة أو تأنيب النفس في المواقف التى تتطلب رفضاً أو استهجاناً للتصرفات المهينة.

٧ – القدرة على اتخاذ قرارات مهمة وحاسمة وبسرعة مناسبة وبكفاءة عالية.

٨ – القـــدرة على تكوين علاقات دافئة، والتعبير عن المشاعر الإيجابية (بما فيها المحبة، والود، والمدح، والإعجاب) خلال تعاملنا مع الآخرين وفى الأوقات المناسبة.

٩ – القدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية، وما تفرضه علينا أحياناً من تصرفات لا تتلاءم مع قيمنا.

١٠- المهارة في معالجة الصراعات الاجتماعية، وما يتطلبه ذلك من تقديم شكوى، أو الاستماع لشكوى، والتفاوض، والإقناع، والاستجابة للإقناع، والوصول إلى حل وسط... إلخ.

وتبين تلك التعريفات أن السلوك التوكيدي ينطوي على قدر غير قليل من التلقائية، والحرية في التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية على حد سواء (Bellack et al., 1997, p.18)، بطريقة متوافقة ومتزنة وبشكل يساعد الفرد على تحقيق أكبر قدر من الكفاءة والنجاح والتوافق في مواقف التفاعل الاجتماعي.

ويساعد التوكيد المرتفع في بناء علاقات ناجحة مع الآخرين، والتخلص من مشاعر القلق والتوتر لدي الفرد، ومواجهة الآخرين في المواقف الاجتماعية، والتخلص من الصعوبات الحياتية التى تسبب مشاعر الضيق. كما أنه يمثل جانباً مهما للصحة النفسية، فهو يساعد على نمو تقدير الذات، وتحمل الاحباط والتمتع بالاتزان الوجدانى، وهو يزيد أيضاً من الدافعية للإنجاز، ويقلل من الشعور بالاغتراب (طه عبد العظيم، ٢٠٠٦، ص ص٤٠-٤١).

وفى المقابل فإن ضعف القدرة على التوكيد يعرض الفرد للعديد من المشكلات التى تعوق التوافق النفسى والاجتماعى له. ويشير طريف شوقى (١٩٩٨، ص ص ٢٥-٣٠) إلى أن انخفاض التوكيد ينعكس سلباً في عدة صور بدنية وسلوكية؛ فالفرد الذي يعجز عن التعبير عن مشاعره السلبية في المواقف التي تستوجب ذلك يشعر بعدم الرضا، ويزيد إحساسه بالوحدة والاكتئاب. كما يزيد التوكيد المنخفض من احتمالات تورط الفرد في أنواع من السلوك المشكل نتيجة الخضوع لمحاولات الآخرين فرض وجهات نظرهم عليه، وعجزه عن إبداء أى رفض أو مقاومة. وتعتبر صعوبات العلاقات الشخصية من بين الشكاوى الشائعة لمنخفضى التوكيد، نظراً لضعف مهاراتهم في التعبير عن المشاعر الإيجابية نحو

الآخرين. وتتجسد مظاهر تلك الصعوبات في الخشية من مواجهة الآخرين، والعجز عن التصدى للاستغلال، وصعوبة إقامة علاقات وثيقة مع الآخرين وغيرها من المظاهر السلبية التى تؤثر على توافق الفرد.

٣ – مهارات التواصل الاجتماعى :

يعتمد نجاح التفاعل الاجتماعى على المهارات اللفظية وغير اللفظية في التواصل مع الآخرين. وتختلف هذه المهارات باختلاف مواقف التفاعل الاجتماعى. وافتقاد الفرد لمهارات التفاعل الاجتماعى الناجحة مع الآخرين يدفعه إلى الانسحاب، والشعور بالعزلة، وعدم التقبل، والعجز، وبالتالى تضعف مقاومته تحت وطأة أية ضغوط نفسية (عبداللطيف خليفة، ١٩٩٧).

يعرف ويلكنسون وكانتر (Wilkinson & Canter, 1982) المهارات الاجتماعية بأنها تلك السلوكيات الفعالة في مواقف التواصل اللفظى وغير اللفظى. ويقصد بمصطلح التواصل تلك العملية التى يتم بمقتضاها نقل رسالة أو إشارة، أو معنى.. إلخ بين طرفين أحدهما مرسل والآخر مستقبل، وذلك من خلال استخدام رموز مشتركة وشائعة، تيسر تواصل المعلومات دون حدوث أخطاء (Reber, 1985, p. 136).

ويرى هارجى ومارشال (Hargie & Marshall, 1986) أن السلوك الاجتماعى ينقسم إلى مجالين مختلفين هما: مجال التواصل اللفظى، ويشتمل على كل من السلوكيات اللغوية Linguistic behaviors ، وما وراء اللغويةParalinguistic behaviors مثل : نغمة وإيقاع الصوت؛ ومجال التواصل غير اللفظى، ويشير إلى كافة أشكال التواصل التى يتم فيها التعبير، دون اللجوء لاستخدام اللغة المنطوقة مثل : الهيئة، وأوضاع الجسم، والتعبيرات الوجهية،

وغيرها من صور التواصل التى تستخدم في نقل المعلومات دون الاستعانة بلغة محددة (Reber, 1985, p. 478).

ويصنف بيلاك وزملاؤه (Bellack et al., 1997, pp. 10-15) المهارات الاجتماعية في ثلاث مهارات أساسية هى :

أ) المهارات التعبيرية Expressive skills : ويقصد بها السلوكيات التعبيرية التى تسهم في جودة الأداء الاجتماعى للفرد؛ وتشتمل تلك المهارات على سلوكيات لفظية، وسلوكيات ما وراء لفظية، وسلوكيات غير لفظية. وتتضمن السلوكيات اللفظية شكل، ومحتوى الكلمات المنطوقة، في حين يقصد بالسلوكيات ما وراء اللفظية خصائص الصوت أثناء الكلام مثل: معدل الكلام، ومقدار الصوت، والفاصل الزمنى بين الكلام؛ أما السلوكيات غير اللفظية، فتشير إلى تلك السلوكيات التى تعزز التفاعل الاجتماعى للفرد مثل: التعبيرات الوجهية، والهيئة، والتواصل بالعين، والابتسام... إلخ.

ب) المهارات الاستقبالية : وتعنى قدرة الفرد على القراءة الدقيقة للآخرين في المواقف الاجتماعية، وقدرته على تحليل الموقف، ومعرفة متى وأين وكيف ستكون استجابة الآخر. وتشتمل تلك المهارات على قدرات: الانتباه، والتحليل، والمعرفة أو ما يطلق عليه الإدراك الاجتماعى.

ج) المهارات التفاعلية أو مهارات المحادثة؛ وتشير إلى قدرة الشخص على استخدام وتوظيف المهارات اللفظية وغير اللفظية في مواقف بدء المحادثة أو التفاعل، ومواصلتها وإنهاءها.

أما ريجيو (انظر: محمد السيد عبدالرحمن، ١٩٩٨ أ) فيصنف المهارات الاجتماعية بوصفها تشتمل على نوعين من المهارات هما : مهارات التواصل

غير اللفظى أو الانفعالى، ومهارات التواصل اللفظى أو الاجتماعى. ويشتمل كلا النوعين من المهارات على ثلاث مهارات رئيسة هى :

أ) مهـــارات الإرسال؛ وتشير إلى الجانب التعبيرى، حيث قدرة الفرد على التواصل أو التخاطب.

ب) مهارات الاستقبال؛ ويقصد بها الحساسية، حيث مهارة الفرد في استقبال الرسائل التى ترد إليه من الآخرين، والقدرة على تفسيرها.

ج) مهارات الضبط؛ وتعنى مهارة الفرد على تنظيم عملية التواصل في الموقف الاجتماعى.

والواضح من تعريف مهارات التواصل الاجتماعى أنها تتضمن مهارات لفظية وغير لفظية، تستخدم في كافة مواقف التفاعل الاجتماعى، وبما يخدم مهارات الاستقبال والتعبير أو الإرسال، والضبط أو تنظيم التفاعل والتحادث.

فمن ناحية تؤدى اللغة اللفظية دوراً مهماً في تبادل المعلومات. لذا فإنه من المهم أن تكون لدينا القدرة على اختيار المفردات الملائمة ذات الدلالة القوية للتعبير عن موضوع معين دون تفصيل فضفاض ممل، أو ابتسار لا يعطى للمستمع سوى معلومات مجتزأة غير مفيدة. ورغم أننا نتحدث في معظم الوقت على نحو تلقائى وآلى، فإن علينا أن نقر أننا كثيراً ما نفشل في تحقيق أهدافنا لأسباب لغوية، وكثيراً ما نقع ضحايا لسوء الفهم لأسباب تتصل باستخدامات غير ملائمة للغة.

من ناحية أخرى، يصاحب اللغة اللفظية عادة لغة غير لفظية، وهى لا تقل أهمية عن اللغة المنطوقة وتتضمن هذه اللغة ما يلى :

١ – إشارات الجسم : وتعني كافة الإشارات الجسمية التي تخدم التفاعل الاجتماعي مثل: الإشارات الجسمية التي تدل على كلمة لفظية محددة، والإشارات الوجهية والجسمية والصوتية التي يقوم بها الفرد استجابة للمتحدث متابعة وموافقة واستنكاراً، والأفعال غير اللفظية التي ترتبط مباشرة بالكلام لتوضحه.

٢ – التواصل الوجهى : وهي رسائل تعكس انفعالاتنا مثل: السعادة والدهشة والخوف والغضب والحزن. ويؤدي ضبط هذه التعبيرات سواء من ناحية حدوثها أم المبالغة فيها، أم التقليل منها، أم إخفائها إلى تحقيق أهدافنا من التفاعل في الموقف الاجتماعى.

٣ – التواصل البصرى : حيث تشمل وظائف نظرة العين المراقبة، والتغذية الراجعة، والمحافظة على الاهتمام والانتباه، والإيذان بتبادل الدور في الحديث. بينما يؤدى التجنب البصرى عدة وظائف أبرزها المحافظة على توازن النظر، وتخفيف الحرج، والالتزام بالقيم الدينية والاجتماعية والثقافية، والانسجام مع السلوك الإنسانى العام، والتعبير عن اللامبالاة وعدم الاهتمام، والتعبير عن الغضب.

٤ – التواصل اللمسى : وهو يحقق التعبير عن ثلاثة معان رئيسة هى : المشاعر الإيجابية كالدعم والتقدير والحب، والضبط بهدف الحث على سلوك ما، والطقوس الخاصة بتحية الاستقبال والتوديع (محمد الجيوسى، ٢٠٠٢ ، ص ص ١٥٩–١٦٩).

ويتطلب تحقيق التواصل الناجح نوعاً من التكامل بين المهارات اللفظية وغير اللفظية، وذلك ضمن استراتيجيات ملائمة للتعامل مع مهام اجتماعية نوعية. فالنجاح مثلا في بدء محادثة يحتاج إلى عديد من المهارات كتحديد الوقت المناسب، واختيار موضوعات مناسبة، واستخدام استجابات غير لفظيه كالتواصل

البصرى، والتعبيرات الوجهية، بطريقة كيفية وكمية تلائم الموقف الاجتماعي، هذا فضلا عن الاستجابات اللفظية مثل: نبرة الصوت، ومعدل وضوح الحديث وغيرها من المهارات التى تؤثر على الانطباع الذي نتركه لدى الآخرين. ويزيد الأمر تعقيداً كلما زاد مستوى التواصل صعوبة، نظراً لأن التواصل التفاعلى يحتاج إلى مهارات أخرى مثل: مراقبة استجابة الآخرين أثناء التفاعل، وتغيير السلوك تبعا لذلك، والمراقبة الذاتية للسلوك، وتفسير الهاديات الاجتماعية ولغة الجسم للشخص الآخر. والفشل في أى من هذه المهارات، ربما ينتج عنه فشل في عملية التفاعل (Mcfall , 1982 ; Spence , 1995).

٤ - الإدراك الاجتماعى :

يقصد بالإدراك الاجتماعي عملية تكوين انطباعات عن الأخرين، وتقويمهم والحكم على سلوكهم وخصالهم، سواء فيما يتعلق بمشاعرهم أو مقاصدهم وشخصيتهم أو استعداداتهم (عبداللطيف خليفة، ١٩٨٩، ص٤٠٧). أو هو قدرة الفرد على ملاحظة وإدراك الآخرين في مواقف التفاعل الاجتماعى. ويشير مورلى وزملاؤه إلى أنه يرتبط بدقة الفرد في فهم وتفسير السلوك الاجتماعى للآخرين وهادياتهم غير اللفظية، وتحديد ما يتوجب عليه فعله بناء على ذلك. وفى حال عدم دقة هذا الإدراك فإن الفرد سيتصرف بطريقة غير ملائمة اجتماعياً (طريف شوقى، ٢٠٠٣، ص ص ٦٨ - ٦٩)، وذلك نتيجة الفشل في ملاحظة مشاعر الآخرين وتعبيراتهم أو فهم الرسائل المتبادلة أثناء التفاعل، فضلا عن غياب الوعي بالقواعد الاجتماعية. ويتضمن الإدراك الاجتماعي تبعا لذلك تلقي المعلومات ذات العلاقة بالتفاعل سواء من الآخرين أم من البيئة، والانتباه لجوانب العلاقات التى يتم تلقيها والمتعلقة بالتفاعل، ومعرفة القواعد الاجتماعية، ومعرفة أهمية أو معنى مختلف الاستجابات، والتفسير الصحيح

للمعلومات الواردة، والقدرة على فهم مختلف الاعتبارات في الموقف (سبنس، ٢٠٠٠، ص٢٧٢). ورغم إدراج الباحثين لعناصر عديدة في مكونات الإدراك الاجتماعى، فإن ثمة مكونين أساسيين لعملية الادراك الاجتماعى هما: دقة الادراك، والقدرة على فهم إدراك الآخر.

ويوفر الإدراك الاجتماعى للشخص مصدراً معرفياً اجتماعياً للحصول على معلومات تفيد في إشباع دوافعه وتحقيق أهدافه وتفادي الضرر والأذى والتكيف مع الآخرين. ويتوقف النجاح في المواقف الاجتماعية على دقة إدراكاتنا الاجتماعية سواء أكانت إشارات عابرة غير لفظية، أم تلميحات لغوية، أم مؤثرات صوتية (محمد الجيوسى، ٢٠٠٢، ص٦٢). وتكشف الدراسات عن أن غير الماهرين اجتماعياً أقل قدرة على إدراك وتمييز الهاديات المتضمنة في العلاقات الشخصية، كما أن من لديهم نقص في الكفاءة الاجتماعية يعانون من أخطاء في الانتباه والإدراك من قبيل الفشل في التقاط الهاديات من البيئة، والتركيز غير التكيفى على منبهات غير متعلقة بالأداء مثل: التأثر بوجود آخرين، والعزو والتوقعات (طريف شوقى، ٢٠٠٣، ص٧٠).

٥- التوافق النفسى الاجتماعى :

يُعد مفهوم التوافق من المفاهيم المركزية في علم النفس بصفة عامة، وفى مجال الصحة النفسية بصفة خاصة، حيث يمثل سوء التوافق أحد أبرز مظاهر الاضطراب النفسى بمختلف أشكاله، فضلاً عن الانحرافات السلوكية بكافة صورها. ووفقاً للتصورات النظرية الخاصة بتقييم الكفاءة الاجتماعية ،يعتبر هذا المفهوم واحداً من المؤشرات المهمة للكفاءة الاجتماعية، على اعتبار أنه يمثل المترتبات القريبة والبعيدة للاستجابة الاجتماعية التي تتسم بالكفاءة. ويتفق معظم الباحثين (انظر: أميرة الديب، ١٩٩٠، ص٤٠) على أن للتوافق أبعاداً متعددة، غير أنه يمكن ضمها في بعدين رئيسين هما : البُعد الشخصى والبُعد الاجتماعى؛

ويشتمل البُعد الأخير على عدد من الجوانب أبرزها : الاستمتاع والرضا عن العلاقات الاجتماعية، وتنوع النشاطات والميول، والكفاءة في مواجهة مشكلات الحياة اليومية، والتصرف بشكل يعكس معانى البراعة والمهارة الاجتماعية، والرضا عن العلاقات الأسرية، والعلاقات مع الأصدقاء، والرضا عن العمل، والدخل، والقدرة على التخطيط للمستقبل بعناية.

ويعرف إنجلش وإنجلش (English & English, 1958, pp. 13-14) التوافق بأنه:

أ) حالة من التوازن الثابت بين الكائن وما حوله.

ب) حالة من العلاقة المتجانسة مع البيئة، يتمكن الفرد فيها من إشباع معظم حاجاته، ويحقق متطلباته الجسمية والاجتماعية.

ج) عملية إحداث التغيرات المطلوبة، سواء في الشخص ذاته أم في بيئته، بهدف الوصول إلى التوافق النسبى.

ويمكن القول بوجود ثلاثة اتجاهات تصنف من خلالها تعريفات التوافق هى: الاتجاه الفردى والاتجاه الاجتماعي والاتجاه التكاملى؛ وينظر أصحاب الاتجاه الفردى إلى التوافق بوصفه عملية إشباع حاجات الفرد التى تثير دوافعه، وبما يحقق الرضا عن النفس والارتياح لتخفيف التوتر الناشئ عن الشعور بالحاجة. ورغم أن أصحاب هذا الاتجاه يركزون على إشباع الحاجات التى تثيرها الدوافع، فإنهم لم يتجاهلوا عوامل البيئة سواء الطبيعية أم النفسية أم الاجتماعية؛ أما الاتجاه الاجتماعى، فيرى أصحابه أن عملية التوافق تحدد بالرجوع إلى المعايير والنماذج والأنماط الاجتماعية السائدة في المجتمع؛ فكلما كان الفرد يستطيع مسايرة المعايير والنماذج والأنماط الثقافية كان أكثر توافقاً، وكلما ابتعد وانحرف عنها قلت درجة توافقه. بينما يشير أصحاب الاتجاه التكاملى إلى التوافق باعتباره عملية مواءمة بين الفرد بما له من مطالب وحاجات، والبيئة بما لها من مؤثرات طبيعية

واجتماعية، وما لها من مطالب. والشخص المتوافق يستطيع إشباع حاجاته بصورة يرتضيها هو ويقبلها المجتمع؛ فالتوافق إذاً عملية تفاعل مستمر بين الفرد والبيئة (أميرة الديب،١٩٩٠، ص ص ٣٣-٣٦).

وينظر للتوافق النفسى والاجتماعى، تبعاً للمعانى السابقة على أنه محصلة لعمليات ومهارات غير قليلة ومنها مهارات الكفاءة الاجتماعية؛ كما ينظر للعلاقات الاجتماعية الناجحة التى لها طابع الاستقرار النسبى بوصفها من ركائز الحكم على هذا التوافق لدى الفرد. ولتوضيح ذلك يشير ديو وهيبنر (Dew & Huebner, 1994) على سبيل المثال، إلى أن العلاقات الوالدية، والعلاقات الاجتماعية مع الأقران، ومختلف جوانب الحياة الدراسية، والخصال الشخصية والجسمية، تُعد من أهم العــوامل التى تسهم في رضا المراهق عن حياته. وتعد علاقات الصداقة من أبرز العلاقات السابقة، فهى في مفهومها العام، قدرة الإنسان على أن يتوافق مع نفسه أولاً ومع الآخرين ثانياً، وأن يقبل نفسه ويقبل الآخرين، فهو إذن لا يعيش منفرداً في هذه الحياة، وإنما مع الآخرين؛ وتتفق معظم الدراسات النفسية الحديثة على وجود صلة وثيقة بين التفاعل مع الأصدقاء وبين التوافق النفسى الاجتماعى في كل مراحل الحياة بصفة عامة، وفى مرحلتي الطفولة والمراهقة بصفة خاصة. وقد أظهرت دراسات أرجايل ودك فيما يتصل بالصحة النفسية أن الأشخاص الذين يفتقدون الأصدقاء يكونون أكثر عرضة للإصابة باضطرابات نفسية، منها الاكتئاب والقلق ومشاعر الملل والسأم وبطء تقدم الذات، كما يعانون من التوتر والخجل الشديد والعجز عن التصرف الكفء عندما تضطرهم الظروف إلى التفاعل مع الآخرين (انظر: أسامة أبوسريع، ١٩٩١).

كما يربط الباحثون بين الكفاءة الاجتماعية وعديد من جوانب التوافق النفسى الاجتماعى ومنها مثلا التوافق الدراسى (Chen et al., 2003)؛ فقد كشفت الدراسات (Buhrmester, 1990) عن وجود علاقة إيجابية بين التوافق النفسى، والكفاءة الاجتماعية للتلاميذ في مرحلتى الطفولة والمراهقة؛ كما تبين وجود ارتباط إيجابى بين القدرة على تكوين علاقات ناجحة مع الآخرين، والتنبـؤ بالتحصيل الدراسى (Dishion, 1990). وأوضح برادى وزملاؤه (Brady et al., 1992) أن التلاميذ الذين يعانون من مشكلات سوء التوافق، ويفتقدون مهارات التواصل الاجتماعى في الحياة اليومية، قد حصلوا على أقل تقديرات النجاح، وكشف أداؤهم الدراسى عن ضعف في قدراتهم التحصيلية، مقارنة بزملائهم المتوافقين اجتماعياً.

وبينت دراسة نيزلك وزملائه (Nezleck et al., 1990) أن الأداء الأكاديمى يرتبط سلبياً مع نوعية وكم التفاعلات الاجتماعية لدى الطلاب الذكور، في حين تتسم الطالبات بقدر أوفر من المهارات الاجتماعية، يسمح لهن بممارسة النشاطات الاجتماعية من دون أن يتأثر أداؤهن الأكاديمى سلبياً. وتوصل فورنام وميتشل (Furnham & Mitchell, 1991) إلى أن الأداء الأكاديمى ارتبط إيجابياً مع توكيد الذات. كما بينت دراسة أسامة أبوسريع (١٩٩٣) أن توكيد الذات يرتبط إيجابياً بالتوافق الدراسى لدى الطلاب والطالبات؛ وأن الطلاب الأعلى توكيداً، أفضل في توافقهم الدراسى من حيث العلاقة بالمقررات الدراسية، والعلاقة بزملاء الدراسة، والعلاقة بالأساتذة، وتنظيم الوقت والإقبال على الاستذكار.

٦- السلوكيات الاجتماعية الإيجابية :

يستخدم مصطلح السلوك الاجتماعي الايجابي للدلالة على عدد من المظاهر الايجابية من قبيل الإيثار والمساعدة وتقديم العون والمشاركة

الوجدانية. وتعد تلك السلوكيات من أبرز المؤشرات التي يستخدمها الباحثون للدلالة على الكفاءة الاجتماعية في الطفولة والمراهقة (أسامة الغريب، ٢٠٠٠). ووفقاً لأودين وويكارت (Oden & Weikart, 2000) فإن السلوكيات الاجتماعية الإيجابية يعول عليها كثيراً عند الحكم على الكفاءة الاجتماعية للأطفال والمراهقين؛ فالأطفال الأكثر إظهاراً للتعاطف، وليس بالضرورة الأعلى ذكاء، يكونون محبوبين من أقرانهم، ويقيمون من قبل مدرسيهم بأنهم الأفضل دراسياً. وبذلك فإن النجاح في السنوات الأولي من المدرسة لايعتمد فقط على الذكاء، بل وعلى القدرة على التروى، وتوقع سلوك الآخرين، والحد من السلوكيات الخاطئة، ومهارات التفاعل مع الأقران.

وتؤدى العلاقة مع الأقران في الطفولة والمراهقة دوراً مهماً وفريداً في دعم الارتقاء الاجتماعى الانفعالى للطفل والمراهق على حد سواء. ففى سياق التفاعل مع الأقران يرتبط الأطفال باللعب الإيهامى والذى يسمح لهم بتصور عدة أدوار، وأخذ منظور الآخر، وتنمية الوعى بالقواعد الاجتماعية والتقاليد المرتبطة بالثقافة. كما تشهد العلاقة مع الأقران في هذه المرحلة تزايدا في سلوكيات الأخذ والعطاء بالمقارنة إلى البالغين، وهو ما ييسر لهم الفرصة لاكتساب سلوكيات ومهارات ترتبط بالكفاءة الاجتماعية مثل: التعاون والتفاوض. وأثناء المراهقة تصبح العلاقة مع الأقران عاملاً رئيساً في تشكيل الهوية؛ فيبدأ المراهق في تجريب مختلف الأدوار الاجتماعية من خلال التفاعل مع الأقران. ويقف هذا التفاعل بمثابة محاولات تدريبية للعلاقات بين الشخصية في المستقبل، وذلك بما توفره من فرص لتعلم التبادلية والحميمية وحل المشكلات الاجتماعية والحساسية للآخرين، والقدرة على قراءة الهاديات في المواقف الاجتماعية، والمبادرة لتقديم العون والمساعدة، وغيرها من المظاهر التي تعكس مظاهر الكفاءة الاجتماعية لدى البالغين (Bukowski et al., 1996). ويتسق ذلك مع التوقعات الاجتماعية

التى تصاحب النمو الاجتماعى للمراهق بأن ينمى علاقات شخصية مع الأخرين ويمتثل للصور التقليدية التى تسود العلاقات بين أفراد المجتمع ومنها السلوكيات الاجتماعية الإيجابية. وتؤكد هيرلوك أن أحد المطالب المهمة التى يجب على المراهقين ممارستها والتحكم فيها هو تعلم ما تتوقعه الجماعة منهم، ووجود الرغبة في تعديل سلوكهم ليساير توجهات الجماعة دون الحاجة إلى توجيه وإرشاد مستمرين أو تهديد بالعقاب الذي خبروه عندما كانوا أطفالاً. وهو ما يعنى أن يتمكن المراهقين من توظيف ما اكتسبوه من سلوكيات ومهارات بشكل يتسق مع سياق التفاعل الاجتماعى، والاستجابة وفقاً للمتطلبات الواقعية التى يمليها الموقف (من خلال : أسامة الغريب، ٢٠٠٠).

وقد اهتم الباحثون برصد بعض مظاهر التغير التى تطرأ على مهارات الكفاءة الاجتماعية مع تقدم العمر من الطفولة إلى المراهقة بصفة خاصة. وعبر هذه الدراسات، تناول الباحثون عدداً من المهارات المرتبطة بارتقاء الكفاءة الاجتماعية مثل: مهارات التعاون Cooperation، وسلوكيات المساعدة، ومهارات التفاوض Negotiatio ، ومهارات حل المشكلات، والمهارات الاجتماعية، والوعى الاجتماعى Social awareness ، والثقة بالنفس، والفهم الاجتماعى (Welsh & Bierman, 1995; Maguire & Dunn, 1997; Shulman & Knafo, 1997) ، ومهارات التخاطب المتصلة بحل المشكلات الاجتماعية لدى الأطفال المراهقين والراشدين،(e.g., Reisman & Shorr, 1980; Marsh, 1982) ، والتغيرات الارتقائية Developmental changes في علاقات الصداقة عبر مختلف مراحل العمر (انظر: أسامة أبو سريع، ١٩٩١؛ ١٩٩٦)، والتغيرات الارتقائية التى تطرأ على الوئام الوجدانى Empathy والتعاطف Sympathy (أسامة الغريب، ٢٠٠٠).

هذا ما يتعلق بتعريف الكفاءة الاجتماعية وأبرز مؤشراتها التي حظيت باهتمام الباحثين في المجال؛ وكما هو واضح فإن تناول الباحثين لأى من هذه المؤشرات، قد توقف على طبيعة العينات، والمرحلة العمرية وما يلاءمها من متغيرات.

الفصل الثالث

قياس الكفاءة الإجتماعية

محتويات الفصل

- قياس وتقييم الكفاءة الاجتماعية.
- طرائق قياس الكفاءة الاجتماعية
- المقابلة
- مقاييس التقدير.
- الاستخبارات.
- الملاحظة السلوكية
- القياس الاجتماعي
- قوائم الصفات والمشكلات.
- الطرائق الإسقاطية وشبه الإسقاطية.

يُعد القياس وأدواته من أبرز جوانب العلم، نظراً لما يسهم به في إخضاع كثير من الظواهر النفسية للبحث والدراسة. ومصطلح القياس بأوسع معانيه يقصد به عملية تحديد رقمى لأشياء أو موضوعات تبعاً لقواعد معينة متفق عليها. ويتعلق القياس النفسى بخصال غير ملموسة تخضع للتقدير أو القياس بصورة غير مباشرة ما يجعلها أكثر عرضة للخطأ. وهناك تداخل وخلط كبيرين بين مصطلحى القياس والتقويم، رغم ما بينهما من فروق. ونظراً لأننا سوف نستخدم كلا المصطلحين في الفصل الراهن فإنه من الملائم أن نميز بينهما؛ فالقياس إجراء سيكومترى فيزيائى (آلى، ويعتمد على المعادلات) ويتبع نموذجاً إحصائياً، وهو يعرف بأنه مجموعة من المهارات والطرائق الفنية والاستراتيجيات التي تصنف تحت عنوان الطرائق السيكولوجية. وتقدم هذه الطرائق المهارات النفسية المستخدمة بوصفها وسائل لإجراء عملية التقويم النفسى. أما التقويم النفسى فهو منظومات موجهة نحو حل المشكلات، وهو دينامى ومفهومى، على حين أن القياس هو الطرائق ذاتها، وهو وصفى وفنى. والقياس واحد من عديد من الوسائل التى يتم بها الحصول على البيانات في عملية التقويم (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٦، ص ٥٣).

وقد حظي مفهوم الكفاءة الاجتماعية وما يتعلق به من مؤشرات باهتمام واضح من جانب الباحثين. إلا أنه ورغم هذا الاهتمام فإن قليلاً من الجهد أولى لتطوير أدوات سيكومترية يتسم مضمونها بالحساسية لتقييم الكفاءة الاجتماعية. ولعل ذلك يرجع في جانب منه إلى ضعف التنظير المتعلق بالكفاءة الاجتماعية، وتداخل المفهوم مع غيره من المفاهيم النفسية المشابهة له والقريبة منه، ما صعب أحيانا من السيطرة على حدوده. ويشير كافل (Cavell, 1990) إلى وجود ثلاثة مناح لتقييم الكفاءة الاجتماعية، تركز على معدل التفاعل، والسلوكيات الاجتماعية النوعية، وملائمة الأداء الاجتماعى للفرد في مهمة محددة.

وفيما يتعلق بالمنحى الأول، لاحظ فوستر وريتشى (Foster & Richey, 1979) أن باحثى المهارات الاجتماعية يعرفون الطفل الكفء اجتماعياً على ضوء تكرار التفاعلات مع الأقران. وبذلك أصبح ينظر إلى القصور في الكفاءة الاجتماعية من زاوية الانخفاض في معدلات التفاعل الإيجابى مع الأقران مثل: الانسحاب الاجتماعى. وقد وجه الباحثون عدداً من الانتقادات لهذا المنحى لعل أبرزها أن معدل التفاعل الاجتماعى لا يرتبط بشكل دال مع المحكات الأخرى للكفاءة الاجتماعية مثل: المكانة السوسيومترية، وأن اضطراب المهارات الاجتماعية غالباً ما يصاحبه معدل مرتفع من التفاعلات السلبية مثل: العدوان. ونتيجة لتلك الانتقادات، فإن هذا المنحى في التعريف والتناول الإجرائى للكفاءة الاجتماعية أصبح من النادر استخدامه في الوقت الراهن (Cavell, 1990).

ويركز المنحى الثانى في تقييم الكفاءة الاجتماعية على قياس سلوكيات اجتماعية إيجابية نوعية، بحيث أصبح ينظر للشخص الماهر اجتماعياً بأنه ذلك الفرد الذي يبدى سلوكيات اجتماعية إيجابية مثل : المجاملات، وتوكيد الذات، واللعب التعاونى في مرحلة الطفولة. وعلى الرغم من أن هذه السلوكيات الاجتماعية قد ارتبطت بدرجة عالية من الصدق الظاهرى، فإنها افتقدت إلى الصدق الواقعى، فضلاً عن أن بعضاً منها غير ذى أهمية بالنسبة للآخرين، أو أنها لا ترتبط بنتائج اجتماعية حاسمة؛ ومن ثم نادى آشر Asher وماركيل Markell بأهمية انتقاء السلوكيات المستهدفة بالقياس اعتماداً على مؤشر واقعى يستند إلى العلاقة بين أداء هذه السلوكيات، والمحكات الأخرى للكفاءة الاجتماعية مثل: المكانة السوسيومترية (Ibid).

أما المنحى الثالث فيركز على مدى ملائمة الأداء الاجتماعي للفرد في مهمة اجتماعية محددة. فقد انتقد دودج وميرفى (Dodge & Murphy, 1984) تعريف

الكفاءة الاجتماعية من خلال تحديد سلوكيات اجتماعية نوعية، حيث يغفل هذا التعريف السياق الاجتماعى الذي تحدث فيه هذه السلوكيات. ولذلك فضل بعض الباحثين (see: Dodge, 1985; McFall, 1982) تعريف الكفاءة الاجتماعية بوصفها قدر ملائمة الأداء الاجتماعى في مهام اجتماعية معينة. ويؤكد هذا المنحى أهمية الحكم على الأداء الاجتماعى والسياق الذي يتم فيه، من خلال محكات واضحة للحكم على فعالية الأداء.

وامتداداً للتصورات التى صاغها دودج وميرفى، وماكفال، قدم كافل (Cavell, 1990) نموذجاً متدرجاً ثلاثى المكونات للكفاءة الاجتماعية، يأتى على قمته التوافق الاجتماعى باعتباره المدى الذي تحقق من الأهداف الارتقائية المناسبة والمحددة اجتماعياً؛ وهى أهداف تتعلق بجوانب متعددة للأداء، بما في ذلك الأداء الاجتماعى، والانفعالى والأسرى، والجوانب المتعلقة بالتفاعل الاجتماعى في شتى ضروب الحياة.

ويشير كافل (Ibid) إلى أن التوافق الاجتماعى يتحدد بعوامل متعددة مثل : النوع، والمظهر الخارجى، والقدرة الرياضية والمهارات الأكاديمية، ومهارات العمل. ويتمثل المستوى الثانى في النموذج الذي قدمه كافل في الأداء الاجتماعى، والذى يعرف باعتباره الدرجة التى يستجيب بها الفرد للمواقف الاجتماعية، بشكل يوافق المحكات الاجتماعية المقبولة.

ويميز كافل (Ibid) بين الأداء، والمهارة؛ فالأداء هو ما يفعله الفرد، ولكنه يتضمن تقييماً على مدى ملائمة الاستجابة لمهمة اجتماعية معينة. ويرى كافل أنه ينبغى التركيز على الاستجابات الاجتماعية لمختلف المهام الاجتماعية مثل : التعامل مع الصراع، والمبادأة، وتوكيد الذات، وذلك بدلاً من النظر إلى معدلات التفاعل الاجتماعى أو الجزئيات السلوكية التى يفترض أنها مهمة إجمالاً عبر كل المواقف

الاجتماعية. وأخيراً يحدد كافل المستوى الثالث في نموذجه، والذى يتمثل في المهارات الاجتماعية، وما يصاحبها من سلسلة من المهارات المعرفية' والعمليات المتضمنة في تحديد الكيفية التى يسلك بها الشخص في موقف اجتماعى معين.

ورغم أن النموذج الذي قدمه كافل قد ساعد في تحقيق فهم أفضل لطبيعة الكفاءة الاجتماعية ومحدداتها، فإن ثمة صعوبات تكتنف تطبيقه، لعل أبرزها ـ فيما ترى سوزان سبنس (٢٠٠٠، ص ص ٢٦٩-٢٧٢: مترجم) ـ صعوبة الفصل بين مختلف المستويات عند إجراء التقييم، فضلاً عن أنه يحتاج إلى مزيد من الوقت والجهد للتقييم المنفصل لعديد من المهام الاجتماعية التى يتعين على أغلب الراشدين التعامل معها. ومن ثم اقترحت سبنس نموذجاً عملياً لتقييم الكفاءة الاجتماعية، يرتكز على أربعة مستويات وذلك على النحو التالى :

المستوى الأول : النتائج الاجتماعية بعيدة المدى :

ويمكن تقييم الأداء في هذا المستوى من خلال التحديد الكمى والكيفى للتوافق الاجتماعى في مجالات متنوعة تشمل : الأسرة، والزواج، والعمل، والصداقة، ومجالات الترفيه، والوقوف على درجة الرضا في هذه المجالات سواء بواسطة الشخص نفسه أم الآخرين، مع الوضع في الاعتبار المترتبات بعيدة المدى على العلاقات الاجتماعية.

المستوى الثانى : النتائج الاجتماعية قصيرة المدى :

وهنا يتم التركيز على التأثير المباشر الناتج عن التفاعل الاجتماعى، كما يقيمه الشخص بنفسه، أو كما يقيمه الآخرون، فضلاً عن المترتبات الموضوعية. وتتضمن أمثلة الأحكام أو التقييمات الذاتية تقدير التوكيدية، وقياس مدى ملاءمة سلوك الشخص خلال التفاعل؛ في حين تتضمن المترتبات الموضوعية الدرجة

التى تحدث بها مترتبات معينة مثل : حل الصراعات، والنجاح في الحصول على وظيفة ما خلال مقابلة شخصية... إلخ.

المستوى الثالث : السلوك الاجتماعى الصريح :

يركز التقييم في هذا المستوى على ما يقوله الشخص ويفعله في الواقع خلال مواقف اجتماعية معينة. وينبغى أن يوضع في الاعتبار عند تقييم السلوك الاجتماعى الصريح رصد معدلات الحدوث أو عدم الحدوث، والتكرار، وفترة الدوام، وشدة الاستجابة. ويشتمل التقييم هنا على المهارات الكبيرة والمهارات الدقيقة على حد سواء. وتشير المهارات الدقيقة إلى الاستجابات الأساسية في التفاعل الاجتماعى مثل : التواصل البصرى، والهيئة، والتعبيرات الوجهية ؛ وتمثل المهارات الكبرى مستوى سلوكياً أكثر تعقيداً، تتكامل فيه المهارات الدقيقة في استراتيجيات للتعامل مع مهارات اجتماعية معينة مثل : المبادرة بالمناقشة، وإطراء شخص أو التعامل مع اتهام... إلخ.

المستوى الرابع : المهارات والعمليات الاجتماعية المعرفية :

يتأثر السلوك الاجتماعى الصريح بعمليات التفكير؛ ويفرض ذلك ضرورة أن توضع تلك العمليات في الاعتبار عند تقييم الأداء الاجتماعى. وهناك جانبان منفصلان لهذا المستوى من التقييم، يعنى الأول بقدرة الشخص على أداء مجموعة من المهارات الاجتماعية المعرفية، ويتعلق الثانى بتأثير الأفكار والاتجاهات والمعتقدات في تقرير كيف نسلك. ويمكن التركيز في هذا المستوى من التقييم على مهارات من قبيل الإدراك الاجتماعى والمعلومات الاجتماعية، والقدرة على حل المشكلات الاجتماعية، وملاحظة الذات، والأفكار غير العقلانية، والاتجاهات والمعتقدات.

طرائق قياس الكفاءة الاجتماعية :

تحدد سبنس (Spence, 2003) ثلاثة أهداف على الأقل لتقييم الكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال والمراهقين والبالغين وذلك على النحو التالى :

أ) فرز وتحديد الأفراد الذين يعانون من صعوبات اجتماعية.

ب) تحديد المشكلات الراهنة في الكفاءة الاجتماعية، وتوجيه مضمون العلاج.

ج) تقييم فعالية التدخل، وخصوصاً في حالات التدريب على المهارات الاجتماعية.

ويمكن التوصل إلى المعلومات المتعلقة بالكفاءة الاجتماعية من خلال عدة أشكال من التقييم تشمل : المقابلات، ومقاييس التقدير السلوكى (تقارير الآباء، والمعلمين، والأقران) والاستخبارات، والملاحظة السلوكية (سواء أكانت في الحياة الواقعية أم أثناء أداء الدور)، والقياس الاجتماعى للمكانة الاجتماعية بين الأقران، وقوائم الصفات والمشكلات، والطرائق الإسقاطية وشبه الإسقاطية.

ويعتمد اختيار أسلوب قياس الكفاءة الاجتماعية على تحديد الأهداف التي يناط تحقيقها، وخصال الأفراد، وخصائص الموقف، فضلا عن بعض الاعتبارات العملية المتعلقة بفعالية استخدام أدوات قياس معينة دون غيرها في سياق موقف التقييم.

وفيما يلى نعرض لكل أسلوب من هذه الأساليب.

١ – المقـــابلة :

المقابلة محادثة جادة بين شخصين : المفحوص والاختصاصي القائم بالمقابلة، وهومتخصص مدرب يحاول أن يفهم المفحوص، ويقدر بعض خصاله، ويحصل على معلومات معينة عن سلوكه الماضى أو الحاضر أو شخصيته. وتجرى المقابلة في موقف مواجهة، وتعتمد على التواصل اللفظى (أحمد عبد

الخالق، ١٩٩٦، ص٩٣). وعادة ما تمدنا المقابلة بمعلومات مفيدة وثرية حول طبيعة علاقة الشخص مع الآخرين، وأنماط المواقف الاجتماعية، واستراتيجيات الاستجابة المستخدمة في التعامل مع التحديات أو الصعاب الاجتماعية. ورغم أن البيانات المستمدة من المقابلة شديدة الأهمية في التخطيط لبرامج التدريب على مهارات الكفاءة الاجتماعية، فإنها ليست أسلوباً ملائماً لفرز عدد كبير من الأفراد في سياقات اجتماعية مثل: المدرسة أو العمل، فضلا عن تقييم نتائج البرامج العلاجية (Spence, 2003)، وذلك لاعتبارات عملية.

وتتخذ المقابلة أشكالا عديدة تبعا للسياق الذي تجرى خلاله، فهناك المقابلة المقننة أو شبه المقننة والتى يطبق فيها شفهياً استخبار معين أو توجه أسئلة محددة سلفاً وموحدة بالنسبة لجميع الحالات؛ والمقابلة المقيدة بهدف محدد، والتى تغطى جوانب خاصة محددة سلفاً كدراسة التوافق الأسرى؛ والمقابلة غير الموجهة وفيها يشجع المفحوص على الحديث الحر بأقصى ما يستطيع من الحرية، ويتسم هذا النوع من المقابلة بالتلقائية.

ويفضل كثير من المتخصصين المقابلة المقننة أو شبه المقننة، وذلك لما تتميز به من توفير للوقت، وتيسير المقارنة بين الأشخاص، وإمكان تحليل نتائجها كميا. وتُعد بطارية التوافق الاجتماعى للأطفال والمراهقين والتى أعدها جون وزملاؤه (John et al., 1987)، مثالاً لهذا النوع من المقابلات. وهى تهدف إلى الحصول على معلومات تتعلق بالمظاهر العامة للكفاءة الاجتماعية، ونوعية العلاقات مع الأشخاص المهمين لدى الشخص. ورغم ما تتسم به المقابلة المقننة من مميزات، فإنها تحول دون الحصول على معلومات عميقة تتعلق بمواقف أو مهارات اجتماعية نوعية.

وتتضمن المقابلات عموماً عدداً من الأسئلة التي تفيد في تعرف جوانب الكفاءة الاجتماعية لدى الأفراد وتدور تلك الأسئلة حول ما يلي :

- عدد الأصدقاء، ومن هم؟ وأسلوب التواصل معهم، وكم من الوقت مضى على معرفتهم؟ وهل هو محبوب أو منبوذ بينهم؟
- هل يدعي المفحوص إلى حفلات؟ وهل يذهب؟ وهل يشعر بالراحة وسط مجموعة الأقران؟ وهل يشاركهم أنشطتهم؟
- ما طبيعة العلاقة مع المدرسين؟
- ما طبيعة العلاقات مع الوالدين وباقي أفراد الأسرة؟
- ما الأنشطة الاجتماعية التى يمارسها المفحوص ؟
- هل هناك مواقف اجتماعية يكون فيها المفحوص قلقاً ؟ وهل يتحاشى مواقف معينة؟ وماذا يفعل؟ وما النتائج المترتبة على ذلك؟
- هل هناك مواقف اجتماعية يتعرض فيها المفحوص إلى صراعات مع الآخرين وكيف يتصرف في هذه المواقف؟ وما النتائج المترتبة على ذلك؟.
- هل يواجه المفحوص صعوبة في التعامل مع مواقف معينة؟ ما هذه المواقف؟ وما النتائج المترتبة على الفشل في تلك المواقف؟.

ومن المتوقع أن تمدنا مثل هذه التساؤلات وغيرها أثناء المقابلة بتصور عن مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى الشخص، وجوانب القصور التى قد تكتنف بعضا من هذه المهارات.

٢ – مقاييس التقدير :

مقياس التقدير أداة أو وسيلة نضع على أساسها معدلاً كمياً لخاصية معينة أو سلوك نوعي أو سمة محددة (اجتماعية أو خلقية أو انفعالية) سواء أكانت دالة

على الصحة النفسية أم سوء التوافق (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٦، ص٢٩). مثل تقدير المهارة الاجتماعية، والقيادة، والتعاون، وغيرها من السلوكيات والخصال الأخرى. كما أن لهذه المقاييس دوراً مهماً في تقييم القلق الاجتماعى، والأفكار اللاتوافقية، والمعتقدات المرتبطة بالمواقف الاجتماعية، وقدرات حل المشكلات بين الشخصية (Spence, 2003). وقد صممت مقاييس تقدير سلوكي عديدة لتقييم الكفاءة الاجتماعية، بعضها يجيب عنها الفرد نفســه، وبعضها الآخر يجيب عليه الزملاء أو الأقــران في المدرســة أو الجامعة أو العمل، أو الوالدين، أو المدرسين، أو الاختصاصيين والمرشدين النفسيين، وذلك لأهداف تتعلق بفرز حالات سوء التوافق، أو رصد التحسن الذي يطرأ على المهارات الاجتماعية للمرضى، أو الحصول على معلومات تخص مظاهر ارتقاء هذه المهارات عند الأطفال والمراهقين.

وتعتمد مقاييس التقدير على الملاحظة، غير أنها تختلف عن الملاحظات الطبيعية في أن بيانات التقدير تتجمع بشكل عرضى اتفاقى دون قصد وبشكل رسمى، كما أنها تتضمن تفسيراً وحكماً أكثر من مجرد التسجيل البسيط للملاحظات. وعلى العكس من الملاحظة الطبيعية والمقابلة، فإن التقديرات تغطى فترة أطول من الملاحظة، كما تستخرج بياناتها في ظل أحوال أكثر واقعية (أحمد عبدالخالق، ١٩٩٦، ص١٤١).

وتشير سبنس (Ibid) إلى أن قليلا من هذه المقاييس يتسم بصدق مضمون، وبخصائص سيكومترية ملائمة. كما أن معظم هذه المقاييس يركز على المشكلات الانفعالية والسلوكية والدراسية، ونادرا ما نجد مقاييس تخص الكفاءة الاجتماعية.

ويُعد مقياس نظام تقدير المهارات الاجتماعية والذى أعده جريشام وإليوت (Gresham & Elliott, 1995) واحداً من أكثر المقاييس شيوعا في قياس الكفاءة

الاجتماعية. ويجيب على بنود المقياس أحد الوالدين أوكليهما وذلك لتقدير تكرار حدوث السلوكيات الاجتماعية الإيجابية لأطفال ما قبل المدرسة، والمراحل العمرية من ٧ – ١٢ سنة. ويغطي المقياس مجموعة من السلوكيات التي يفترض أن تمارس تأثيراً على العلاقات مع الآخرين، صيغت في ثلاثة أبعاد ترتبط بضبط الذات، والتعاون، والتوكيد.

وهناك مقياس التوافق الشخصي ومهارات الدور للراشدين، وهو من الأدوات الشائعة لتقدير سلوك الراشدين. ويقوم أحد أقارب المريض بتقدير سلوك المريض على ٣١ بنداً تقيس : العلاقات الحميمة، والاغتراب، والاكتئاب، والقلق، والحظ، وسوء استخدام الكحول أو العقاقير، والنشاط المنزلى، والعلاقات مع الأطفال، والعمل وغيرها (من خلال: أحمد عبد الخالق، ١٩٩٦، ص١٦٣).

٣ – الاستخبارات :

يعتبر الاستخبار نوعاً من أنواع المقابلة المقننة، وهو يشتمل على مجموعة من الأسئلة أو العبارات التقريرية التي تقدم مطبوعة غالباً، في حدود فئات محدودة مثل نعم، لا. أوافق، لا أوافق. ينطبق على، لا ينطبق على. وتُعد الاستخبارات أهم أداة لقياس الكفاءة الاجتماعية لدى الراشدين، نظراً لما تتميز به من سهولة في الاستخدام في السياقين الفردى والجمعى، والموضوعية في جمع البيانات وتقدير الدرجات وتفسيرها، والمرونة، وانخفاض التكلفة، وشيوع استخدامها في المجالين الإرشادى والعيادى، لأهداف الفرز والاختيار والتوجيه والعلاج. ويدور مضمون استخبارات الكفاءة الاجتماعية حول جوانب سلوكية وانفعالية ومعرفية تتعلق بمواقف وسياقات التفاعل الاجتماعى مع الآخرين. ويجيب عنها المبحوث على أساس معرفته لمشاعره وانفعالاته، وسلوكه الماضى أو الحاضر. وقد يكون

الاستخبار أحادياً (يقيس سمة واحدة) أو متعدد الأبعاد (يقيس مجموعة من السمات). وتتوافر عديد من الاستخبارات التى تقيس مهارات أو جوانب متعددة للكفاءة الاجتماعية مثل : المهارات الاجتماعية، والسلوكيات التوكيدية، وحل المشكلات الاجتماعية وغيرها. فقد طورت سبنس (Spence, 1995) استخبارا للمهارات الاجتماعية يتم تطبيقه على الوالدين، والمدرسين، والأطفال، ويهدف لتقدير المهارات الاجتماعية لدى الأطفال في الفئة العمرية من ٨-١٨ سنة. وهو يركز على السلوكيات الاجتماعية التي يعتقد أنها تؤثر على الناتج الأخير للتفاعل الاجتماعى. ويتضمن الاستخبار ٣٠ بنداً تغطى مدى واسعاً من المهارات الاجتماعية مثل: القدرة على التعامل مع المواقف التى تتطلب استجابة توكيدية، ومواقف إدارة الصراع، وطبيعة العلاقات مع الأقران وأفراد الأسرة.

وأعد رونالد ريجيو استخباراً لقياس التواصل الاجتماعى. وتتوافر للمقياس ترجمتان بالعربية إحداهما أعدها محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨) والأخرى قام بها عبد اللطيف خليفة (٢٠٠٠). ويقيس الاستخبار مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظى من خلال ستة أبعاد بالإضافة إلى الدرجة الكلية، وذلك في مستويين هما : المستوى الانفعالى، والمستوى الاجتماعى، واللذان يقاس من خلالهما كلاً من التعبير والحساسية والضبط. ويدل التعبير على المهارة التى يتصل بها الأفراد معاً؛ بينما تعبر الحساسية عن المهارة التى بها تؤول (تفسر) صيغ التواصل مع الآخرين؛ أما الضبط فيعبر عن المهارة التى بها يصبح الأفراد قادرين على تنظيم عملية التواصل في المواقف الاجتماعية.

وهناك عدد غير قليل من الاستخبارات التي تقيس سلوكيات التوكيد لعل أبرزها : قائمة راثوس للتوكيد (Rathus, 1973)، وبطارية التوكيد التى أعدها جامبريل وريتشى (Gambril & Richy, 1975)، واستخبار التوكيد المرتبط

بتعاطي المخدرات لـ كالنر وروس (Callner & Ross, 1976)، واختبار التقرير الذاتي للتوكيد والذى أعده شوارتز وجوتمان (Schwartz & Gottman, 1976)، وبطارية باكر للتوكيدية ـ العدوانية (Bakker et al., 1978) ، واستخبار ليفنسون وجوتمان للمواعدة والتوكيد (Levenson & Gottman, 1978) ، واستخبار البحث التوكيـدى عن وظيفة لـ بيكر (Becker, 1980) ، واختبار هينـبرج للتقـرير الـذاتى للتوكيـد (Heinberg et al., 1983) ، وبطارية التقـرير الذاتى للتوكيد (Herzberger et al., 1984) ، واختبار هيـدلوند وليندكويست لتحـليل التوكيد الشخصى (Hedlund & Lindquist, 1984) .

وعلى مستوى المقاييس العربية، أعد أسامة أبو سريع (١٩٨٦، ص ص ٧١-٧٣) مقياساً للسلوك التوكيدى تضمن ستة أبعاد هى : الدفاع عن الحقوق والتعامل مع المواقف المثيرة للقلق، وتأكيد الذات في مواقف الخدمة، والاختلاف مع الآخرين في الرأى، ومواجهة النقد والتعبير عن المشاعر السلبية، ورفض الطلبات غير المعقولة، والقيادة وتحمل المسئولية. وصمم طريف شوقي (١٩٩٨) استخباراً للسلوك التوكيدى، اشتمل على ٨٠ بنداً تقيس ٢٠ مهارة فرعية من مهارات التوكيد، فضلاً عن الدرجة الكلية للتوكيد العام. وأعد كاتب هذه السطور استخباراً لتوكيد الذات، تكون من ٤٣ بنداً تقيس خمس مهارات توكيدية هى : الاحتجاج أو الرفض في مقابل الإذعان، والاستقلال في مقابل الاعتماد، والمواجهة الاجتماعية، والدفاع عن الحقوق الخاصة، والتعبير عن المشاعر بحرية انفعالية (أسامة الغريب، ٢٠٠٣).

كما يتوافر عدد من الاستخبارات الخاصة بحل المشكلات الاجتماعية في الإنتاج الفكرى لعلم النفـس الإكلينيكى ومنها حل المشكلات المعرفية والتفاعلية (Spivack et al., 1976)، وحل المشكلات التفاعلية (Shure, 1981)، وحل مشكلات الحياة اليومية (D'zurilla & Nezu, 1982)، وحل المشكلات الشخصية

(Heppner & Peterson, 1982)، وحل المشكلات العملية (Heppner et al., 1984). وحل المشكلات الاجتماعية (أسامة الغريب، ٢٠٠٣). ويتكون الاستخبار الأخير من ٥٤ بنداً تقيس مهارات حل المشكلات الاجتماعية من خلال خمسة مقاييس فرعية، هى : التوجه نحو المشكلات الاجتماعية، وتحديد المشكلة الاجتماعية وصياغتها، وتوليد بدائل الحل للمشكلة الاجتماعية، واتخاذ القرار، وتنفيذ الحل والتحقق منه. وتتفق صيغ جميع الاستخبارات السابقة في استهدافها تقييم وفحص مهارات حل المشكلات في السياق الاجتماعى.

ويبرز في المجال أيضاً عدد من الاستخبارات التى اهتمت بتقييم التوافق النفسى والاجتماعى، ومنها مقياس التوافق الاجتماعى (Weissman & Bothwell, 1976) ومقياس التوافق الزواجى (Spanier, 1976)، ومقياس الكفاءة الأسرية (Tavitian et al., 1987)، ومقياس كنساس للرضا عن الحياة الأسرية (Schumm et al., 1986) ، ومقياس الكفاءة الأسرية (Beavers et al., 1985)، ومقياس التوافق النفسى الاجتماعى (أسامة الغريب، ٢٠٠٣).

٤ - الملاحظة السلوكية :

يؤكد عديد من الباحثين (see: Spence, 2003) أهمية الملاحظة السلوكية كطريقة صادقة في الحصول على معلومات عن الاستجابة الاجتماعية، هذا بالإضافة إلى أهميتها في تقييم فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية. وغالباً ما يلجأ باحثو الكفاءة الاجتماعية لاستخدام هذا الأسلوب من خلال ملاحظة السلوك في مواقف واقعية أو مصطنعة. وفي الأسلوب الأول يتم ملاحظة الأفراد في بيئاتهم الطبيعية وتحليل سلوكهم وتقييم ما يتسمون به، وذلك كما يحدث من ملاحظة الأطفال أثناء مواقف اللعب؛ حيث يعتبر كثير من لعب الأطفال تعبيراً عن مشكلاتهم وصراعاتهم التي يعانون منها. ويمكن للملاحظ أن

يرصد طريقة تعامل الطفل مع أقرانه، ومع أدوات لعبه، وأحاديثه وحركاته وانفعالاته، وتعاونه، وتواصله اللفظي وغير اللفظي، وانسحابه وعدم مشاركته الآخرين، ومظاهرعدوانيته نحو أقرانه. ومن المهم إذا التركيز على طريقة لعب الطفل، وأنواع اللعب التى يمارسها ويفضلها، وقدرته على التخطيط للعب، وقدرته على تنفيذ الإرشادات والتوجيهات.

أما في الأسلوب الثانى، فتجري الملاحظة للمبحوثين في سياقات متعددة وهم يؤدون أدواراً معينة في مواقف مصطنعة، تقدم لهم بصورة مكتوبة، أو مسجلة على شريط تسجيل، أو شفهياً. وقد يجلس الملاحظون من وراء شاشة تسمح بالرؤية في اتجاه واحد بحيث لا يراهم المبحوثون، أو يشاهدون فيلماً التقط لهؤلاء أثناء تمثيلهم لهذه الأدوار، ويقومون بتحليل سلوكهم وفقاً لمعايير معينة لتقييم كفاءتهم الاجتماعية، كأن يحللوا حركة العين أثناء التفاعل، ومدى تعبيره عن مشاعره للآخرين. ويحسن أن تكون المواقف المختارة لصيقة الصلة بالفرد، وأن تكون قصيرة تستغرق ما بين دقيقة إلى دقيقتين، وأن تكون تلك المواقف ذات صعوبة أقل من المواقف الحقيقية التلقائية (طريف شوقى، ١٩٩٨، ص١٠٤).

ورغم الأهمية التي يحظي بها أسلوب الملاحظة السلوكية المباشرة في تقييم مظاهر الكفاءة الاجتماعية سواء لدى الأسوياء أم لدى المرضي الذين يعانون من مشكلات نفسية مثل المخاوف الاجتماعية (see: Spence et al, 1999)، فإن كثيراً من الممارسين العياديين لا يفضلون اللجوء لهذا الأسلوب في أحيان كثيرة نظراً لعدم توافر عامل الوقت اللازم لإجراء ملاحظات متكررة عبر مواقف عديدة، كما أنه يتطلب درجة عالية من التدريب؛ فالفرد غير المدرب قد يصعب عليه متابعة ورصد سلوكيات متنوعة في موقف واحد، أو مراقبة فئة سلوكية واحدة

عبر مدى زمنى ممتد، أو الاستبعاد النسبى لتحيزاته، ومعتقداته المسبقة، وتوقعاته عن الظاهرة موضع الاهتمام (طريف شوقى، ١٩٩٨، ص١٠٢)، وهو ما جعل الممارسين يتوجهون إلى استخدام أساليب أخرى أيسر وأكثر وموضوعية من قبيل مقاييس التقدير والاستخبارات والمقابلات (Spence, 2003).

٥ - القياس الاجتماعى :

يستخدم القياس الاجتماعى ليمدنا بتقدير كمى، يعبر عن درجة من تفضيل مجموعة الأقران تكوين علاقة اجتماعية مع شخص أو مجموعة أشخاص موضع اعتبار. وهناك أشكال متعددة للقياس الاجتماعى ومنها أسلوب تسمية الصديق (Ibid). ويتضمن الإجراء المتبع عادة توجيه سؤال لكل عضو في الجماعة عن زملائه الذين يفضل اللعب أوالعمل معهم، وفى بعض الأحيان يضاف سؤال عن الزملاء الذين لايحبون اللعب أو العمل معهم. ثم تتاح لكل فرد حرية كتابة أى عدد من الزملاء وفق رغبته. وبعد فرز الإجابات يصنف كل فرد حسب عدد مرات اختيار زملائه له في فئات تعبر عن تقبله بين زملائه، أو رفضهم له، أوتجاهله من جانبهم. وتشمل الفئة الأخيرة الأفراد شديدى الخجل أو الميالين إلى العزلة والانطواء دون إحسان أو إساءة إلى زملائهم (أسامة أبوسريع، ١٩٩٣، ص ٥٢). ويساعد هذا الأسلوب في تقييم مدى الاتفاق الذي يحظي به الطفل بين أقرانه، وتحديد الأطفال المنبوذين من أقرانهم، والذين يكونون عرضة لسوء التوافق لاحقاً. وهناك أسلوب آخر من أساليب القياس الاجتماعى يعرف بأسلوب تقدير الأقران، وهو يجمع بين طريقة ليكرت وأسلوب تسمية الصديق. ووفقاً لهذا الأسلوب يطلب من الأطفال تقدير إلى أى درجة يحبون قضاء الوقت أو العمل مع كل طفل داخل الفصل، وذلك على مقياس تقدير خماسى الصيغة يتراوح مابين أحب بدرجة قليلة (١)، وأحب بدرجة كبيرة جدا (٥). ورغم أن هذا

الأسلوب يمدنا بمعلومات عن مشاعر الطفل نحو جميع أقرانه في الفصل، فإنه أقل فاعلية من أسلوب تسمية الصديق في تحديد الأطفال المنبوذين من أقرانهم .(Williams & Gilmour,1994)

ويثير هذا الأسلوب جدلاً كبيراً بين الباحثين والممارسين العياديين؛ فمن ناحية يري وليامز وجيلمور (Ibid) أن منهج القياس الاجتماعى ييسر فهمنا للعمليات التى تؤدى إلى المشكلات السلوكية والانفعالية، ويمدنا بالقدرة على قياس التأثيرات المصاحبة للمشكلات مع جماعة الأقران، كما أنه يتيح لنا فهم ارتقاء العلاقات الاجتماعية في حال استخدامه في الدراسات الطولية.

ومن ناحية أخري تنظر سبنس (Spence, 2003) إلى هذا الأسلوب على أنه من الأساليب قليلة الفائدة في قياس الكفاءة الاجتماعية، نظراً لأنه لا يمدنا بأية معلومات عن سبب حب أو كره الزملاء لفرد معين. ومثل هذا القصور في الأسلوب لا يسمح لنا بتعرف نوعية مهارات الكفاءة الاجتماعية التى يملكها الفرد، وتلك التى يعانى من خلل فيها وتحتاج إلى تدخلات لتنميتها وتحسينها.

٦ - قوائم الصفات والمشكلات :

قوائم الصفات أو المشكلات هي أحد الصيغ الشائعة لقياس الشخصية. ويقدم للمفحوص في هذه الطريقة قائمة من الصفات، ويطلب منه أن يحدد ما إذا كانت كل صفة تميزه أو لا، وذلك من خلال وضع علامة على الصفات التى تنطبق عليه، وترك الصفات التي لا تنطبق عليه (أحمد عبدالخالق، ١٩٩٦، ص١٧٩). وبهذا المعني يمكن استخدام قوائم الصفات لدراسة الكفاءة الاجتماعية، وتحديد مشكلات التوافق التى يواجهها الفرد. وتعد قائمة الصفات المزاجية، والتى أعدها فنسيت نوليس عام ١٩٦٥ من بين القوائم التى يمكن من خلالها تعرف بعض

مؤشرات الكفاءة الاجتماعية الانفعالية. وتتكون القائمة من ١٤٠ صفة تتوزع ١٢٠ منها على أربعة أبعاد فرضية هي : النشاط – عدم النشاط، والسرور – عدم السرور، والتوجه الاجتماعي الإيجابى والسلبى، والضبط – نقص الضبط. وتعتبر قائمة مونى للمشكلات، والتى وضعها روس مونى بمساعدة ليونارد جوردون، من أقدم قوائم المشكلات المستخدمة في برامج الإرشاد المدرسى، بهدف تحديد التلاميذ الذين يعانون من مشكلات توافقية. ولهذه القائمة أربع صيغ : التلاميذ صغار السن، والتلاميذ كبار السن، وطلاب الجامعة، والراشدون. وتتكون كل منها من قائمة تضم بنودا تتراوح ما بين ٢١٠ و ٣٣٠ مشكلة في مجالات : الصحة، والنمو الجسمى، والمنزل والأسرة، وعلاقات الأولاد والبنات، والأخلاقيات، والدين، والزواج، والأمن الاقتصادى، والمدرسة أو المهنة، والجوانب الاجتماعية والترفيهية (المرجع نفسه، ص ص ١٨٠ –١٩٨).

٧ – الطرائق الإسقاطية وشبه الإسقاطية :

الطرائق الإسقاطية وسائل غير مباشرة لقياس الشخصية في جوانبها السوية وغير السوية. ويشير الإسقاط هنا إلى منبه غامض غير محدد يقدم إلى الفرد، ويطلب منه تأويله وإعطاء معنى له. وتعكس استجابات المفحوص دوافعه وحاجاته الخاصة ورغباته ونزعاته، وإدراكاته وتفسيراته الذاتية. وتستخدم هذه المنبهات الغامضة لقياس الكفاءة الاجتماعية، وذلك من خلال أساليب عديدة، وأكثرها شيوعاً تحليل القصص، والجمل الناقصة. ويعتبر اختبار تفهم الموضوع من أشهر هذه الأساليب. ويعتمد هذا الاختبار على أن الأفراد يميلون إلى تفسير المواقف الإنسانية الغامضة بما يتفق مع خبراتهم الماضية وحاجاتهم الراهنة. حيث يطلب منهم تكوين قصة على كل صورة، وتوضيح ما يحدث في هذه اللحظة، والأمور التي أدت إلى هذه الحالة، ووصف ما يقع فيها، وما يشعرون به، وما يفكرون فيه. ويساعد الاختبار في تفسير اضطرابات السلوك والاضطرابات النفسية والعقلية.

وينظر إلى اختبار تكملة الجملة على أنه من أكثر الأساليب الإسقاطية مرونة؛ حيث يقدم للمفحوص جمل ناقصة أو أجزاء عبارات، ويطلب منه تكملة كل منها. ويفترض أن يعبر الجزء الناقص عن وجهة نظر المفحوص، ويعكس رغباته ومخاوفه واتجاهاته بما يشير إلى توافقه أو سوء توافقه. ومن أمثلة هذه العبارات : إذا أخطأ شخص في حقى ...... ، حاجتى إلى تعاطف الآخرين وحبهم ...... ، إذا استطعت أن أتحكم في أفعال الآخرين فإننى أشعر ...... ؛ والخاصية الأساسية في هذه العبارات الناقصة أنها تسمح باحتمالات للتكملة ذات تنوع غير محدود إلى حد بعيد. وقد صيغت هذه العبارات غير المكتملة لتثير استجابات متصلة بمجال الشخصية والعلاقات الاجتماعية المتبادلة (المرجع نفسه، ص ٣٨٥).

وهناك عدد آخر من الأساليب شبه الإسقاطية، والتى تعتمد على قراءة حوار معد مسبقا يدور حول قصة تتضمن استجابات اجتماعية لبطل هذه القصة في بعض المواقف، أو مع بعض الأشخاص، فضلا عن بعض الأحداث التى قد ترتبط أو لا ترتبط بموضوع القصة، ويطلب من المفحوصين تسجيل استجاباتهم الذاتية. ويستخدم هذا الأسلوب في الكشف عن المهارات الاجتماعية، ومهارات حل المشكلات الاجتماعية (Pfefer, 1993).

هذا عن أبرز الأساليب والأدوات المستخدمة لقياس الكفاءة الاجتماعية. وكما هو واضح فإن ثمة تنوع في أدوات القياس، غير أن أكثرها شيوعاً الاستخبارات. وقد صممت معظم الأدوات للاستخدام في ثقافات غربية، وترجم بعضها للغة العربية، ورغم ذلك فإن هناك ندرة في الأدوات المعدة في الثقافة العربية لقياس الكفاءة الاجتماعية وفقاً للإطار الحضارى المفرز والداعم لها، وهو ما يعكس الحاجة إلى المزيد من الدراسات المعنية بإعداد أدوات يتسم مضمونها بالحساسية للمعطيات الثقافية عند تقييم مؤشرات الكفاءة الاجتماعية لدى الأفراد والجماعات.

الفصل الرابع

الكفاءة الاجتماعية ومشكلات التعاطى والإدمان

محتويات الفصل

- أبعاد مشكلة التعاطي.
- مفهوم تعاطي المواد النفسية.
- الاعتماد علي المواد النفسية والكحوليات.
- المادة النفسية.
- الاضطرابات النفسية والاجتماعية المقترنة بالتعاطي.

تعتبر مشكلة تعاطى المخدرات من أخطر المشكلات التى تواجه المجتمعات في الوقت الراهن؛ فلا يكاد يفلت منها مجتمع سواء أكان متقدماً أم نامياً. كما أنها على درجة عالية من التعقيد، نظراً لأنها تنفذ بآثارها إلى جميع مستويات حياة الفرد والمجتمع في الحاضر والمستقبل. فعلى مستوى الفرد، تمس مشكلة التعاطى حياته الشخصية والاجتماعية من جميع جوانبها، سواء ما يخص علاقته بنفسه وصورته عن ذاته، واهتماماته وأهدافه التى تملك عليه وجدانه وعقله ،كما تمس كفاءته في أداء أدواره الاجتماعية، خصوصاً ما يتعلق منها بالصلة بينه وبين عائلته، وما يتركه من أثر سلبى قد يمتد ليشمل أبنائه. ولا يغيب عنا أن المشكلة تتدخل في التأثير على علاقة الفرد بالقانون وبالأجهزة القائمة على تطبيقه (مصطفى سويف، ١٩٩٩، ص ٧٩).

أما بالنسبة للمجتمع، فإن المشكلة على جانب كبير من الأهمية لأنها تمس أمنه واقتصادياته، وذلك إذا وضعنا في اعتبارنا المخاطر المترتبة على عمليات التهريب والإتجار من جانب، وحجم الفاقد من الطاقة البشرية نتيجة للآثار الصحية المدمرة للمخدرات على متعاطيها، خاصة وأن معظمهم في سن النشاط الإنتاجى من جانب آخر، وهما أمران لاشك يلقيان بظلاليهما على نهضة أى مجتمع وتقدمه.

وقد احتلت مشكلة تعاطى المواد النفسية، والاعتماد عليها، مكان الصدارة بين المشكلات الاجتماعية والصحية على الصعيد العالمى في منتصف الستينيات، وزاد الاهتمام بها طوال الثمانينيات والتسعينيات، من القرن الماضى، حيث وصلت معدلات التعاطى إلى ذروتها (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص ص١٣-١٤؛ Botvin, 1998).

وواكب بروز هذه المشكلة، ظهور كثير من البحوث والدراسات التى ساعدت في بلورة معالم تلك المشكلة. ويشير مصطفى سويف إلى وجود ثلاثة

أبعاد رئيسة للمشكلة هى : العرض، والطلب، والنتائج الصحية والاجتماعية المترتبة على المشكلة.

ويقصد بالعرض حالة السوق غير المشروعة، من ناحية أنواع وكميات المخدرات المتاحة فيها، ومدى انفتاح السوق في مجتمع معين على أسواق بعينها في مجتمعات أخرى. ويقصد بالطلب كل ما يتعلق بالاستهلاك غير المشروع، ويدخل في ذلك تحديد النوعيات التى يقبل عليها المتعاطون، وتقدير كمياتها، وتوزيعها بين مختلف الشرائح الاجتماعية .

ويميز الخبراء المختصون في هذا الصدد بين موضوعين فرعيين تحت موضوع الطلب هما : طبيعة الطلب، ووظيفة الطلب. ويشمل موضوع طبيعة الطلب أنواع المواد المخدرة، وطرائق تعاطيها، ومتوسط الجرعة التي يتعاطاها المتعاطى في المرة الواحدة، ومتوسط عدد مرات التعاطى في فترة زمنية بعينها، ونمط التعاطى، ونوعية المتعاطى. أما وظيفة الطلب فيشار بها إلى مجموعة الدوافع التى تدفع بالمتعاطين إلى طلب التعاطى، والأهداف التى يسعون إلى تحقيقها من هذا التعاطى (مصطفى سويف، ١٩٩٠، ص١٠). فقد يكون الدافع هو توتر التهيب الذي يشعر به الشخص لأنه على وشك مواجهة موقف اجتماعي بعينه ويكون الغرض من التعاطي هو التغلب على هذا التوتر نتيجة لما يحدثه المخدر من أثر تخديرى عند متعاطيه. وقد يكون الدافع هو الشعور بآلام جسمانية معينة، والغرض هو تسكين هذه الآلام ولو مؤقتاً. وقد يكون الدافع هو مجرد الشعور بالسأم والملل أو الضيق، وبالتالى يكون الغرض من التعاطى هو الترويح عن النفس... الخ. وهكذا تختلف الدوافع وتتعدد الأغراض بالنسبة للمخدر الواحد من شخص إلى شخص، كما قد تختلف بالنسبة للشخص الواحد من مخدر إلى آخر، ومن فترة زمنية إلى أخرى. ولا يمكن معرفة هذه الأمور إلا بالبحث الإكلينيكى، وبالبحوث الميدانية (مصطفى سويف، ١٩٩٦ ، ص١٩٤).

وهناك تفاعل دائم بين طبيعة الطلب ووظيفته؛ فأنماط التعاطي تنشأ وتتغير وتستقر إلى حد ما من خلال محاولات تحقيق وظيفة الطلب، أى من خلال إشباع الدوافع والغايات التى من أجلها يتجه الأشخاص إلى التعاطى (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢). وقبل أن نعرض لأبرز الاضطرابات المقترنة بالتعاطى وخصوصاً المشكلات النفسية والاجتماعية وذلك لصلتها المباشرة بالكفاءة الاجتماعية، لعله من الملائم أن نعرض للمقصود بمفاهيم التعاطى، والاعتماد، والمادة النفسية.

١ – مفهوم تعاطى المواد النفسية :

يشيع بين كثير من الباحثين استخدام تعبير سوء استعمال المخدرات، وهو ترجمة حرفية للكلمة الإنجليزية Drug abuse . ومع ذلك فاللغة العربية تغنينا عن ذلك، فقد ورد في لسان العرب لابن منظور ما نصه "والتعاطى تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله". وبناء على ذلك نقول تناول فلان الدواء، ولكنه تعاطى المخدر (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص٢٤).

وتعرف منظمة الصحة العالمية (المرجع نفسه، ص٢٥) مصطلح التعاطى بأنه التناول المتكرر لمادة نفسية، بحيث تؤدى آثارها إلى الإضرار بمتعاطيها، أو ينجم الضرر عن النتائج الاجتماعية أو الاقتصادية المترتبة على التعاطى؛ ولا يستتبع التعاطى بالضرورة نشوء الاعتماد أو التحمل. بينما تشير إليه الرابطة الطبية الأمريكية (من خلال: بشير الرشيدى وآخرين، ٢٠٠٠، ص٥٩) بوصفه استخدام المادة النفسية لغرض آخر غير الذي يوصف أو يوصى به بطريقة سوية.

وتحدد الرابطة الأمريكية للطب النفسى (APA, 1994, p.182) مصطلح تعاطى المواد النفسية بأنه تناول مرضى أو قهرى لمادة نفسية، يترتب عليه عدم وفاء الفرد بالالتزامات الرئيسة في العمل أو المدرسة أو المنزل؛ ويؤدى التناول

المتكرر لتلك المادة إلى تعريض الفرد لمخاطر جسيمة، والتورط في مشكلات قانونية تتعلق بهذا التناول؛ ورغم ما تسببه تلك المادة من مشكلات في العلاقات بين الأشخاص، فإن الفرد يستمر في تعاطيها.

ويشير مصطفى سويف (١٩٩٩، ص٢٠) إلى أهمية التمييز بين ثلاثة مستويات من التعاطى على أقل تقدير هى : التعاطى الاستكشافى Experimental use or abuse، والتعاطى بالمناسبة Occasional use، والتعاطى المنظم Regular use أو المتصل. ويقصد **بالتعاطى الاستكشافى** عملية تعاطى المواد النفسية في أول عهد المتعاطى بها، وهو بعد في مرحلة تجريبها لاستكشاف أحواله معها، حيث يترتب على ذلك إما الاستمرار في تعاطيها أو الانقطاع عنها؛ في حين يقصد **بالتعاطى المتقطع** أو بالمناسبة عملية تعاطى المواد النفسية كلما حانت مناسبة اجتماعية تدعو إلى ذلك كالحفلات والأفراح. وتختلف هذه العملية في ارتفاعها باختلاف البيئات الحضارية العريضة، كما تختلف باختلاف الشريحة الاجتماعية التى ينتمى إليها المتعاطى؛ ويُعد التعاطى المتقطع مرحلة متقدمة عن مرحلة التعاطى التجريبى في ارتباط المتعاطى بالتعاطى؛ أما **التعاطى المنتظم** فيشير إلى عملية التعاطى المتواصل لمادة نفسية بعينها على فترات منتظمة، ويجرى توقيتها بحسب إيقاع داخلى (سيكوفيزيولوجى) لا على حسب مناسبات خارجية (اجتماعية). وتعتبر هذه العملية مرحلة متقدمة عن مرحلة التعاطى بالمناسبة في تعلق المتعاطى بالتعاطى.

ويستخدم الباحثون مصطلح **التعاطى المتعدد** Multiple drug use للإشارة إلى تعاطى المتعاطى عددا من المواد النفسية، بدلاً من الاقتصار على مادة واحدة. وقد يتعاطى هذه المواد المتعددة معاً في وقت واحد؛ وقد تكون الإشارة إلى انتقاله من مادة إلى أخرى عبر فترة زمنية محددة (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص٢٦).

٢ - الاعتماد على المواد النفسية والكحوليات :

شاع استخدام مصطلحى الإدمان Addiction والتعود Habituation في أواخر الخمسينيات وأوائل الستينيات (ما بين سنتى ١٩٥٧ و١٩٦٤ على وجه التحديد) إلى أن أوصت هيئة الصحة العالمية باستبدالهما بمصطلح الاعتماد درءاً لما ترتب عليهما من مشكلات عملية (محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠١). وتعرف منظمة الصحة العالمية مصطلح الاعتماد بأنه حالة نفسية وأحياناً عضوية كذلك، تنتج عن التفاعل بين كائن حى ومادة نفسية، وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوى دائماً على عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاطى الكائن مادة نفسية معينة على أساس مستمر أو دورى (أى من حين لآخر) وذلك لكى يخبر الكائن آثارها النفسية، وأحياناً لكى يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها. وقد يصحبها تحمل أو لا يصحبها. كما أن الشخص قد يعتمد على مادة واحدة أو أكثر. وتستخدم أحياناً عبارة زملة أعراض الاعتماد باعتبارها واحدة من فئات التشخيص الطب نفسى لمجموعة من الاضطرابات المصاحبة لتعاطى المواد النفسية (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص ص ١٨-١٩).

ويأخذ الاعتماد نمطين أو شكلين هما : **الاعتماد النفسى، والاعتماد العضوى**. ويقصد بالنمط الأول الإشارة إلى موقف يوجد فيه شعور بالرضا مع واقع نفسى يتطلب التعاطى المستمر أو الدورى لمادة نفسية بعينها لاستثارة المتعة أو لتحاشى المتاعب. وتعتبر هذه الحالة النفسية هى أقوى العوامل التى ينطوى عليها التسمم المزمن بالمواد النفسية. وفى بعض هذه المواد تكون هذه الحالة هى العامل الأوحد الذي ينطوى عليه الموقف.

أما النمط الثانى وهو الاعتماد العضوى، فيشير إلى حالة تكيفية عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة في حالة انقطاع وجود مادة

نفسية معينة أو في حالة معاكسة تأثيرها نتيجة لتناول الشخص أو الكائن عقاراً مضاداً. وتتكون الاضطرابات المشار إليها (وتسمى أعراض الانسحاب) من مجموعة من الأعراض والعلامات ذات الطبيعة العضوية والنفسية التى تختص بها كل فئة من المواد النفسية دون غيرها. ويمكن التخلص من هذه الأعراض والعلامات بعودة الشخص أو الكائن إلى تناول المادة النفسية ذاتها أو مادة أخرى ذات تأثير فارماكولوجى مماثل داخل الفئة نفسها التى تنتمى إليها المادة النفسية الأصلية. ويعتبر الاعتماد العضوى عاملاً قوياً في دعم الاعتماد النفسى وتأثيره في الاستمرار في تعاطى المادة النفسية أو في الانتكاس إلى تعاطيها بعد محاولات الانسحاب (المرجع نفسه، ص ص ١٩-٢٠).

ويحدد الدليل التشخيصى والاحصائى الأمريكى في طبعته الرابعة محكات الاعتماد على المواد النفسية في التالى :

وجود نمط لا تكيفى لاستخدام مواد من العقاقير والمخدرات يؤدى إلى اختلالات أو اضطرابات ذات دلالة إكلينيكية، كما تظهر في ثلاثة أو أكثر من المحكات التالية، والتى تحدث في أى وقت في فترة الإثنى عشر شهراً نفسها.

١ – التحمل، ويتحدد بأى من المحكين التاليين :

أ) الحاجة إلى كميات متزايدة بشكل ملحوظ من المادة النفسية أو العقار للوصول إلى حالة التسمم أو إلى التأثير المرغوب.

ب) تأثير متناقص بشكل ملحوظ مع استمرار استخدام الكمية نفسها من المادة.

٢ – الانسحاب، كما يظهر من أى من المحكين التاليين :

أ) الزملة الانسحابية المميزة للمادة النفسية (ارجع إلى المحكين أ، ب للمحكات المقررة للانسحاب من المواد النوعية للعقاقير أو المخدرات).

ب) أن المادة نفسها (أو مادة متعلقة بها بشكل وثيق) يتم تعاطيها للتخفيف من الأعراض الانسحابية أو لتجنب تلك الأعراض.

٣ – أن المادة النفسية أو العقار غالباً ما يجرى تعاطيها بكميات أكبر أو على فترة أطول مما كان مقصوداً.

٤ – توجد رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة للتوقف عن تناول المادة النفسية أو العقار أو للتحكم فيها.

٥ – أن الفرد يقضى قدراً كبيراً من الوقت في أنشطة ضرورية للحصول على المادة النفسية أو العقار (مثل زيارة الأطباء أو قيادة السيارة لمسافات طويلة)، أو لتناول تلك المادة (مثل التدخين المتتابع) أو للإفاقة من تأثيراتها.

٦ – توقف أو تضاؤل أنشطة اجتماعية أو مهنية أو ترويحية مهمة، بسبب تعاطى المادة النفسية أو العقار.

٧ – أن تعاطى المادة النفسية أو العقار يكون مستمراً رغم معرفة الفرد بما لحق به من مشكلات جسمية أو نفسية مستديمة أو متناوبة يحتمل أن تكون قد نتجت عن المادة النفسية أو العقار أو تفاقمت نتيجة لتعاطى تلك المادة (مثل تعاطى الكوكاكيين رغم اعتراف الفرد بما يعانيه من اكتئاب ناتج عن تعاطى الكوكايين، أو التعاطى المستمر للخمر رغم اعتراف الفرد بأن قرحة المعدة عنده تفاقمت بشكل أكثر سوءاً نتيجة لذلك (APA, 1994, p. 181).

من ناحية أخـرى، يشـار بمصطلح **الاعتماد على مـواد نفسية متعـددة** Polysubstance dependence إلى أن سلوك التعاطى حدث خلال فترة الإثنى عشر شهراً التى كان الفرد يتعاطى فيها بشكل متكرر ثلاث مجموعات من المواد النفسية على الأقل (لا تتضمن الكافيين والنيكوتين)، ودون أن تهيمن على عملية

التعاطى مادة معينة، بالإضافة إلى انطباق محكات الاعتماد في هذه الفترة على تعاطى المواد النفسية كمجموعة، وليس على تعاطى أية مادة نوعية بمفردها (APA, 1994, p. 471).

٣ – المادة النفسية :

ويقصد بها الإشارة إلى أى مادة إذا تناولها الإنسان أو الحيوان أثرت في نشاط المراكز العصبية العليا، أو ما اصطلح على تسميته (فى حالة الإنسان) بالعمليات النفسية. وقد يكون تأثير هذه المادة في اتجاه التنشيط، وقد يكون في اتجاه التخميد، وقد يكون في اتجاه إحداث بعض الهلاوس (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص٢٦).

ويفضل استعمال مصطلح المواد النفسية على مصطلح المخدرات، لأن كلمة المخدرات في صيغتها العربية تشير إلى ما يؤثر تأثيراً مهبطاً في الجهاز العصبى المركزى، في حين أن مصطلح المواد النفسية يشتمل على كل من المواد المهبطة، والمواد المنشطة على السواء (مصطفى سويف، ١٩٩٠، ص ص ٨–٩).

ورغم أن هناك تصنيفات متعددة للمواد النفسية، فإن أكثرها أهمية التصنيف على أساس مصدر المادة النفسية أو نوع التأثير الذي تحدثه. وفى هذا الصدد هناك ثلاثة مصادر رئيسة للمواد النفسية هى :

أ) مواد طبيعية أو نباتات أو أنسجة حيوانية أو المواد الخام كما هى على طبيعتها، ومن أمثلتها الحشيش والأفيون والتى يطلق عليها مسمى المخدرات الطبيعية.

ب) مواد مستمدة بمعالجة كيميائية للمواد الطبيعية مثل المورفين والهيروين.

ج) مواد مخلقة كيميائياً، أى تنتج وتصنع بطرائق كيميائية بحتة.

كما يمكن تصنيف المواد النفسية من حيث نوع التأثير التى تحدثه إلى الفئات الأربع التالية :

١ – مهبطات الجهاز العصبى : وتشتمل على المهدئات والمنومات والكحوليات.

٢ – المنشطات أو المنبهات : مثل النيكوتين ومادة الكولا والحبوب المنشطة.

٣ – المهلوسات : وهى مواد تؤدى إلى التشويه الحسى البصرى وتغيير المزاج والتفكير وإدراك الزمان والمكان ومنها الحشيش أو القنب الهندى، ودواء المسكالين.

٤ – المسكنات : وهى مواد تقلل الشعور بالألم، ولذا فهى تستخدم في التخدير الجراحى، ومن أمثلتها الأفيون ومشتقاته مثل المورفين والهيروين. وهى مواد تحدث اعتماداً جسمياً ونفسياً شـــديداً عليها إذا تكرر تعاطيها (أسامة أبو سريع، ١٩٩٩، ص٢٥).

الاضطرابات النفسية والاجتماعية المقترنة بتعاطي المواد النفسية :

شغل موضوع الاضطرابات المصاحبة لتعاطي المواد النفسية اهتمام الباحثين والممارسين العياديين خلال العقود القليلة الماضية (Degenhard et al., 2001). فقد كشفت نتائج البحوث الوبائية عن شيوع الاضطرابات النفسية لدى المتعاطين، وانتظام العلاقة بين حدوث تجربة التعاطى والصحة النفسية في إطارها السلبى مهما تباينت العينات أو اختلفت الفترة الزمنية، (انظر: محمد نجيب الصبوة وآخرين، ١٩٩٠؛ خالد بدر، ١٩٩٥؛ Yunis, 1985)؛ وأن هناك عوامل خطورة تجمع بين كل من تعاطي المواد النفسية، والاضطراب النفسي. وأوضحت نتائج الدراسات وجود عوامل وراثية، وبيئة، واجتماعية، وديموجرافية مشتركة تزيد من احتمالات التعرض لاضطرابات نفسية مثل: القلق، والاكتئاب، بالقدر نفسه الذي تزيد فيه من احتمالات الإقدام على تعاطى المواد النفسية وشرب الكحول

(Degenhardt et al., 2001). وعليه فإن الوقوف على نمط الاضطراب النفسى لدى المتعاطى يُعد كشفاً لجزء من المعنى النفسى للتعاطى، بما يحمله ذلك من قيمة جوهرية في تحديد ملامح سوء التوافق النفسى والاجتماعى، ومظاهر الاضطراب التى تصاحب هذه الفئة. ويزخر الإنتاج الفكرى النفسى بعديد من الإشارات المباشرة وغير المباشرة إلى الاضطرابات النفسية، والمشكلات الاجتماعية المقترنة بتعاطي المواد النفسية بجميع أنواعها.

فعلى مستوي الاضطرابات النفسية توصلت دراسة مصرى حنورة (١٩٩٨) إلى أن المتعاطين يتسمون بدرجات عالية من الاضطرابات العصابية والانفعالية، والتوتر، والقلق، وعدم الاستقرار، والعلاقات السلبية، والسلوك المناهض للمجتمع والأخلاق. وكشفت دراسة والتزمان وشويجر (Maltzman & Schweiger, 1991) أن المتعاطين يعانون من ضعف في تقدير الذات، وارتفاع في الدرجة على الذهانية، والغضب، والاكتئاب بالمقارنة بغير المتعاطين؛ وفي الدراسة التى أجراها سوادى (Swadi, 1992) بهدف تحديد الأعراض الطب نفسية بين المراهقين الذين يتعاطون المواد النفسية، تبين أن المتعاطين يعانون من أعراض الاكتئاب النفسى أكثر من غيرهم، وأنهم أكثر جنوحاً وعدواناً وتمرداً من غير المتعاطين، وأنهم مروا بخبرات حياتية (مثل: طلاق الوالدين، أو وفاة أحد أفراد الأسرة، أو زواج أحد الوالدين بأخرى، أو العيش بعيداً عن الأسرة) سببت لهم صعوبات نفسية، وبخاصة لدى الإناث منهم.

كما أظهرت نتائج الدراسة التى أجريت على متعاطي المخدرات في دولة قطر (من خلال: حمد المرزوقى وآخرين، ١٩٩٥)، أن أكثر من ثلث المتعاطين يعانون من اضطرابات نفسية مصاحبة للاعتماد على المواد النفسية مثل: الاكتئاب والقلق، وأن أكثر من نصف المتعاطين يعانون من أعراض نفسية مثل: العدوان السلبى، والانطوائية، والاعتمادية، والهستيريا. وكشفت

دراسة بيتر (Peter, 1998) عن شيوع الاضطرابات الانفعالية بين الكحوليين. وبينت دراسة شين وزملائه (Chen et al., 1999) شيوع اضطرابات الشخصية، واضطرابات المزاج بين المعتمدين على المواد النفسية.

وأوضحت دراسة كمبتون وزملائه (Compton et al., 2000) أن متعاطى المواد النفسية وافقوا المحكات التشخيصية لعدد من الاضطرابات الطب نفسية وذلك على النحو التالى: ٤٤% لاضطراب الشخصية، و٣٩% لاضطراب المخاوف، و٢٤% لاضطراب الاكتئاب الرئيس، و١٢% للديسميا، و١٠% لاضطراب القلق العام، و٣% لاضطراب الهلع، و٣% لاضطراب الهوس، و٣% للوسواس القهرى، و٢% للبوليميا، و١% للفصام، و ١% لاضطراب فقد الشهية العصبى.

وتُعد اضطرابات الشخصية Personality disorder واحدة من أكثر الاضطرابات التى حظيت باهتمام الباحثين في هذا المجال. فقد اتجهت الجهود البحثية إلى اكتشاف ما تنطوى عليه شخصية المتعاطي من اضطراب، بوصفها من العوامل المفسرة لمظاهر الخلل في مهارات الكفاءة الاجتماعية. وينظر إلى اضطرابات الشخصية على أنها تنطوى على مجموعة من السمات المتصلبة، وغير التوافقية، والتى تتسبب في حدوث اختلالات وظيفية أو مشاعر كرب شخصى. وتتمايز هذه السمات عن الخصائص التى تطرأ على الاستجابة في مواقف الضغوط أو في الحالات العقلية المؤقتة (APA, 1994, p. 630). وعادة ما يتم التعرف على مضطربي الشخصية من خلال الشكاوى غير المباشرة التي تأتى في صورة أفعال تدفع الآخرين للتضرر والشكوى منهم مثل: التورط في الأفعال الاندفاعية من قبيل محاولات الانتحار، والاعتماد على المواد النفسية، والمقامرة، والجريمة، وتغيير المهنة، وعدم الاستقرار في العمل، واضطراب العلاقات الشخصية المتبادلة، والعلاقات الزوجية، وإحداث نوع من الفوضى والانقسام في

الوسط المعاش (عبدالله عسكر، ١٩٩٨). ومن ثم فإن فحص نمط الاقتران بين اضطراب الشخصية، والاعتماد على المواد النفسية يعد ضرورة ملحة، كونه يتيح على الأقل إمكان تفسير كثير من السلوكيات والمهارات لدى المتعاطين من خلال خصائص الاضطرابات المصاحبة للتعاطى والتى قد تتسبب في تعطل تلك المهارات رغم وجودها في رصيد الشخص، أو تحول دون اكتسابها أصلاً.

وتكشف البيانات المستمدة من بحوث واقعية، عن أن المعتمدين على المواد النفسية، يبدون دلائل واضحة لمظاهر اضطراب الشخصية؛ حيث تراوح معدل تكرار تشخيص اضطرابات الشخصية لدى المتعاطين ما بين ٦٥-٩٠% (Khantzian & Treece, 1985; Kosten et al., 1989)، وكان اضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع Anti social personality أكثر شيوعاً من باقى اضطرابات الشخصية، حيث بلغ في دراسة فرانس France ما بين ٢٥-٤٠% من مجموع الأفراد الخاضعين للعلاج من الاعتماد على المواد النفسية، في حين بلغ ٢٨.٢% طبقاً للتصنيف الأمريكى الثالث للأمراض النفسية (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص٤٧٦). وقدرت دراسة شى وزملائه (Che et al., 1994) نسبة من يقابلون المحكات التشخيصية لاضطراب الشخصية من بين المعتمدين على الهيروين بحوالى ٦٦%، في حين تراوحت النسبة في دراسة بودين وزملائه (Bowden et al., 2004) ما بين ٣٧% للمعتمدين على المواد النفسية، و٥٣% للكحولين. وتوصلت دراسة أسامة الغريب (٢٠٠٩) إلى أن نسبة من انطبقت عليهم المحكات التشخيصية لاضطراب الشخصية، بلغت ما يقرب من ٣٦% من اجمالى عينة المعتمدين على المواد النفسية المتعددة.

وأظهرت دراسة القشيشى (El Kshishy, 1996) وجود علاقة ارتباطية دالة بين تعاطى المواد النفسية ومظاهر اضطراب الشخصية الحدية، والشخصية المناهضة للمجتمع، والسيطرة، والعدوان. كما أشارت دراسة ميلين وزملائه

(Milin et al., 1993) إلى شيوع تشخيص اضطرابات الشخصية الاضطهادية، والعدوانية، والسلبية، والاستعراضية، والحدية بنسبة ٦٠% بين المعتمدين على الكحوليات؛ في حين لوحظ شيوع اضطرابات الشخصية الوسواسية، والمناهضة للمجتمع بين المنتكسين منهم.

أما عن أنماط اضطراب الشخصية الأكثر شيوعاً بين المعتمدين على المواد النفسية، فقد بينت دراسة سكنستاد وسوين (Skinstad & Swain, 2001) أن أكثر التشخيصات التى جاءت على المحور الأول مصاحبة للاعتماد على المواد النفسية كانت اضطرابات القلق والاكتئاب، بينما كانت أكثر التشخيصات تكراراً على المحور الثانى هى اضطرابات المجموعة (ب) وتحديداً اضطرابي الشخصية الحدية، والشخصية المناهضة للمجتمع، ثم المجموعة (ج) كما تتمثل في اضطرابات الشخصية التجنبية، والشخصية العدوانية السلبية، والشخصية الوسواسية، وأخيراً المجموعة (أ) وتضمنت اضطراب الشخصية شبه الفصامية.

وأشارت دراسات أخرى إلى شيوع اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع بمعدلات مرتفعة بين الكحوليين، والمعتمدين على المواد النفسية (Westermayer et al., 2005). فقد توصل كوتلر وزملاؤه (Cottler et al., 1995) إلى أن هذا النمط يشيع بين المعتمدين على المواد النفسية بنسبة تتراوح ما بين ٢٥-٥٠%. ويؤكد ريجر وزملاؤه (Regier, et al., 1990) أن اضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع يشيع بنسبة ١٤% بين الكحوليين، و١٨% بين المعتمدين على مواد نفسية أخرى.

كما ربط بعض الباحثين (See: Chabrof et al., 2005) بين اضطراب الشخصية الحدية، وتعاطى المواد النفسية. وكشف دارك وزملاؤه (Dark et al.. 2005) عن أن ٤٥% من المعتمدين على الهيروين في دراسته قد قابلوا المحكات

التشخيصية لاضطراب الشخصية الحدية. وتشير دراسة ميلين وزملائه (Milin et al., 1993) إلى شيوع اضطرابات الشخصية البارانويدية، والعدوانية السلبية والهستيرية والحدية بنسبة ٦٠% بين شاربى الكحول، كما شاعت اضطرابات الشخصية الوسواسية، والمضادة للمجتمع لدى المنتكسين منهم. وتكشف نتائج دراسة أسامة الغريب (٢٠٠٩) عن أن أعلى نسبة انتشار لأنماط اضطراب الشخصية بين المعتمدين على المواد النفسية المتعددة كانت للنمط المختلط أو غير المحدد (أى الذي يضم ارتفاعات دالة على أكثر من نمط من أنماط اضطراب الشخصية)، تلاه نمط اضطراب الشخصية الاعتمادية، فالشخصية المناهضة للمجتمع، ثم نمط اضطراب الشخصية ذات الطابع الفصامي، وأخيراً الشخصية التجنبية. بينما لم تظهر باقي أنماط اضطراب الشخصية بصورة مستقلة، حيث ظهرت مصاحبة لأنماط أخرى.

ويعكس هذا الارتباط بين اضطرابات الشخصية وتعاطى المواد النفسية، أنماطاً سلوكية ثابتة تتسم باضطراب العلاقات الشخصية المتبادلة، وفقر الأداء الوظيفى الاجتماعى (Derksen, 1995)، والفشل في بناء علاقات حميمة مع الآخرين (Bootzin et al., 1993)، وصعوبة اتخاذ القرارات اليومية، وضعف الثقة بالنفس، وانخفاض الفعالية الشخصية، والحساسية الزائدة للتقييمات السلبية، والافتقاد للمبادرة (APA, 1995, p. 633)، وهى مظاهر تفسر اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى المعتمدين على المواد النفسية.

أما عن مجموعة مشكلات الحياة الاجتماعية المصاحبة لتعاطي المواد النفسية وشرب الكحوليات، فقد أورد سويف في تقريره إلى منظمة الصحة العالمية قائمة ضمت المشكلات التالية: الانزلاق نحو زيادة الإقبال على المخدرات، وكثرة النزاعات الشخصية، والانسحاب الاجتماعى، وتدهور الشعور بالمسئولية، وسوء

التوافق الاجتماعي، وتدهور مستوي الأداء في العمل، وارتفاع معدلات البطالة، وقصور الدافع للعمل، وتدهور الإنتاجية كيفاً وكماً، والتسرب الدراسى، والانهيار الأسري، وارتفاع معدلات الهجرة، والطلاق، وارتفاع معدلات الجريمة، والعنف والشراسة، والسرقة، والتزوير، والاغتصاب، والقتل (مصطفى سـويف، ١٩٩٩، ص ٢٢). وفى الدراسة التى أجـراها ناصف ثابت (١٩٨٤، ص١٦٣) على مجموعة من المراهقين الذين يستنشقون المذيبات الطيارة، تبين أن هؤلاء الطلاب يعانون من عدد من المشكلات أبرزها : الرسوب والتخلف في المدرسة، والهرب وكثرة التغيب عن المدرسة، والانخراط في مختلف النشاطات الإجرامية، وقلة الاستجابة والاستيعاب داخل الفصل، والإحساس بالخوف والقلق، واعتلال الصحة ونقص الوزن. وانتهت دراسة وورهايت وبيافورا (Worheit & Biafora, 1991) إلى أن المراهقين المتعاطين يعانون من مستوى مرتفع من الاضطراب الاجتماعى يتمـثل في انخفاض الإنجاز الدراسى، وضعف المهارات الخاصة بالحصول على وظيفــة، والبطالة، وفقر في مهارات التفاعل الاجتماعى، وكشفت نتائج دراسة أسامة أبو سـريع (١٩٩١، ص١٣٣-١٦٤) عن مظاهر سوء التوافق الاجتماعى للعمال المتعاطين للمواد النفسية بكافة أنواعها، حيث تبين أنهم يشعرون بعدم الرضا عن علاقاتهم الاجتماعية سواء مع الزوجة، أم زملاء العمل، أم المجتمع بصفة عامة. ومن الدلائل التى تعكس ذلك أنهم أقل توفيقاً في الزواج، وأكثر وقوعاً في المشكلات مع زملاء العمل، والشرطة أو القانون بسبب مخالفات وجرائم ارتكبوها من بينها المشاجرات، والرشوة، والاختلاس، والتزوير، وقضايا الآداب والمخدرات، فضلاً عن أن ترقياتهم اتسمت بالبطء الشديد.

وأقر المتعاطون في دراسة والتزمان وشويجر (Maltzman & Schweiger, 1991) بأن أسرهم تفتقر للتنظيم والانسجام والحوار بين أفرادها؛ وأوضحت النتائج

أيضاً وجود فروق دالة بين المتعاطين وغير المتعاطين على متغيرات الصراع، والاستقلال، والتحصيل، والتربية الأخلاقية والدينية، وممارسة الأنشطة الترويحية.

وكشفت الدراسة التى أجراها مصطفى سويف (١٩٩٢، ص ص ٧١-٨٨) على ٥٥٣٠ طالباً بالتعليم الثانوى العام في المجتمع المصرى، عن أن التلاميذ الذين يتعاطون المخدرات الطبيعية تشيع بينهم الانحرافات السلوكية في كافة مجالات حياتهم، وجاء ضمن الانحرافات التى ارتكبوها : الهرب من المدرسة والشجار مع المدرسين، والفصل من المدرسة لكثرة الغياب، والاعتداء على بعض المدرسين، والطرد من قاعة الدرس، والغش في الامتحانات، والاعتداء على الزملاء بالضرب، والسرقة من الزملاء، والشراسة معهم، والشجار مع الوالدين، والهروب من البيت، والسرقة من المنزل، والوقوع في متاعب مع الشرطة، والسرقة من المحلات التجارية. وأوضحت الدراسة التى أجراها حمد المرزوقى وزملاؤه (١٩٩٥) على ٦١ متعاطياً إماراتياً، تراوحت أعمارهم بين ١٨-٤٥ سنة، أن ٢٠% منهم يعانون من الفراغ، و١٦% منهم لديهم مشكلات نفسية وأسرية، كما أن لديهم مفهوماً سلبياً عن الذات، وأنهم يعانون من تسلطية الآباء، وعدم تقبلهم لهم. وتبين أنهم يفضلون العزلة وعدم التفاعل مع الآخرين، وأنهم يعانون من مشكلات في العمل أو المدرسة أو المنزل، وأنهم أقل ممارسة لهواياتهم، وذلك بالمقارنة بغير المتعاطين. وأظهرت نتائج الدراسة التي أجريت على عينة من المتعاطين القطريين أن معظمهم تعرض لمشكلات نفسية أثناء الطفولة والمراهقة مثل: الهروب من المدرسة، والانضمام لجماعات منحرفة من المراهقين، وأقر ٨١% من المتعاطين بأن التعاطى سبب في ظهور مشكلات عديدة أبرزها المشكلات الصحية، والمشكلات الاجتماعية والاقتصادية، والمشكلات النفسية، والمشكلات القانونية.

وفى الدراسة التى أجرتها ياه وهيدجسبث (Yeh & Hedgespeth, 1995) تبين أن المتعاطين وأسرهم يعانون من اضطراب واضح في جميع جوانب الحياة الأسرية، حيث كان أفراد الأسرة أقل دعماً واستحساناً لبعضهم بعضا، كما كانوا أقل اتفاقاً وأكثر تشتيتاً لبعضهم أثناء حل المشكلات، وذلك بالمقارنة بأسر غير المتعاطين. وقد أكدت دراسة ماكلانهان وسوليفان (McClannhan & Sullivan, 1995) النتيجة ذاتها من أن المتعاطين يعانون من مشكلات في علاقاتهم الأسرية، واضطراب حياتهم العائلية، وعلاقاتهم مع أصدقاءهم وزملاءهم في العمل؛ وهو ما كان له تأثير واضح على انخفاض تقدير الذات لديهم. وبينت دراسة ماكيسى وزملائه (Mackesy et al., 1999) أن من يستنشقون المواد الطيارة بمعدل مرتفع، حصلوا على درجات عالية على مقياس الأنشطة الإجرامية والسلوكيات الجانحة، وذلك بالمقارنة بمتعاطى المواد النفسية الأخرى، أو المجربين لها. وفي الدراسة التي قامت بها بايزر (Pizer, 2000) على ثمان مراهقات متعاطيات نصفهن من البيض، ونصفهن الآخر من الملونين، كشفت النتائج عن أن المشاركات أقررن بتورطهن في أنشطة إجرامية مثل: السرقة، والشجار، والمشاحنات مع السائقين . وتوصل ساوذرلاند وشيفرد (Sutherland & Shepherd, 2001) إلى وجود فروق دالة بين المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين في عدد من المتغيرات، حيث اتسم المتعاطون بأنهم أكثر وقوعاً في مشكلات مع الشرطة، ويعانون ضعفا في الأداء الدراسى، ولديهم توقعات منخفضة عن الأداء الدراسى في المستقبل، وضعف في الوازع الدينى، وهم ينتمون لأسر مفككة.

وعلى ذلك، يتبين أن المتعاطين على اختلاف فئاتهم يعانون من مظاهر سوء التوافق النفسى والاجتماعى، سواء قبل البدء في حدث التعاطى أم نتيجة التورط في هذا الفعل. وقد اشتملت مظاهر سوء التوافق النفسى الاجتماعى لدى

المتعاطين على عديد من الجوانب لعل أبرزها : اضطراب العلاقة مع أفراد الأسرة، وفقر الاهتمام بالأنشطة والهوايات، واضطراب العلاقة مع الأصدقاء وزملاء العمل وغياب الدعم الاجتماعى، وسوء التوافق الوظيفى أو أثناء التعليم، وقبل هذا وذلك ضعف الوازع الدينى والأخلاقى، وانهيار القيم الاجتماعية، وعدم تبنى أهداف مستقبلية؛ فخبرة تعاطى المواد النفسية تولد غالباً أسلوباً للحياة يتسم بالسلبية، وسوء التوافق مع مقتضيات الحياة الطبيعية، حيث ينغلق المتعاطون على أنفسهم، وينعزلون عن الآخرين.

ويلخص بيتر لورى (١٩٩٠، ص ٥٥) هذه الصورة العامة من سوء التوافق بأن متعاطي المواد النفسية أشخاص غير متزنين، وغير ناضجين، وغير مستقرين، وأنهم أنانيون يركزون على ذاتهم دون أدنى اهتمام بمصالح الآخرين ومشكلاتهم؛ وتنحصر مشكلاتهم الرئيسة في الحفاظ على مورد المخدرات، أو الإشباع الفورى لرغبتهم في المخدر، وهم في سبيل ذلك يتبعون أية وسيلة لإشباع تلك الرغبة الملحة، كما أنهم يفتقرون إلى التنظيم الذاتى، والإرادة، والطموح، وتميل علاقاتهم الاجتماعية إلى الاقتصار على أقرانهم المتعاطين، ومن ثم يصبحون منبوذين اجتماعياً، ويعيشون في وحدة شديدة. ويضيف مايرز (Myers, 2002) إلى ما سبق أن المتعاطين يتحاشون الدخول في علاقات تفاعل اجتماعى، ويظهرون قدراً منخفضاً من الدافعية لتنمية مثل هذه العلاقات، نتيجة مرورهم بفترات من الفشل الاجتماعى، والنبذ، والنقد؛ ومن ثم فهم يتعلمون خفض التفاعل الاجتماعى إلى أدنى درجاته لتجنب المواقف التى تسبب لهم الفشل أو تؤدى بهم إلى النقد والعقاب.

وتعكس تلك الصورة حالة من الفشل الاجتماعى يمر بها متعاطو المواد النفسية، بما يعنيه ذلك من إخفاق في حل مشكلات الحياة الاجتماعية، واضطراب في المهارات الاجتماعية المسؤولة عن تحقيق تواصل ناجح مع الآخرين. وتؤكد الدراسات الواقعية ذلك النمط من الاقتران بين اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية،

وتعاطى المواد النفسية وشرب الكحوليات (Luther et al., 1993; Rutherford et al., 1997) ؛ فالمتعاطون أقل كفاءة في اتخاذ القرار مقارنة بغير المتعاطين (Grimes & Swisker, 1989; Jenson et al., 1995; Anderson & Ruth, 1996) ، ولديهم نقص في المهارات المعرفية والسلوكية اللازمة للتعامل الكفء مع مشكلات الحياة اليومية (Hermalin et al., 1990) .

ويرى لاسلفيا (Lasalvia, 1993) أن المتعاطين عموماً، يعانـــون من ضعف في الأنا، يكشف عن نفسه في العجز عن حل المشكلات اليومية؛ ويدعم بلات وهوسباند (Platt & Husband, 1993) النتيجة نفسها من أن المتعاطين عاجزون عن حل المشكلات الاجتماعية، ويفصحون عن فقر في العلاقات الشخصية نتيجة فعل التعاطى.

والتساؤل الآن هل التعاطى مسؤول عن اضطراب الكفاءة اجتماعية؟، أم أن القصور في مهارات الكفاءة الاجتماعية قد يدفع لتعاطي المواد النفسية وشرب الكحوليات؟. والواقع أنه يمكن القول بوجود علاقة تتخذ غالباً نمطاً دائرياً بين اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية وتعاطى المواد النفسية؛ ففى حالة التعاطى يجد الفرد نفسه متجنباً التفاعل الاجتماعى مع الآخرين، ويفصح سلوكه عن ضعف في مهارات الرفض، وقصور في القدرة على حل المشكلات عموماً، والمشكلات ذات الطابع الاجتماعى منها خصوصاً؛ وفى المقابل، فإن ضعف الرصيد الشخصى من الكفاءة الاجتماعية، من شأنه أن يعمق العزلة، والشعور بالوحدة نتيجة الفشل المتكرر في مواقف التفاعل الاجتماعي، ويدفع الفرد إلى تبنى أساليب بديلة تساعده في التغلب على إحباطاته المتكررة، ومنها تعاطى المواد النفسية.

نكتفى بهذا القدر من الحديث عن العلاقة بين اضطراب الكفاءة الاجتماعية والتعاطى، ويبقى أن نعرض لمظاهر هذا الاضطراب لدى المتعاطين بشئ من التفصيل، وذلك من خلال تناولنا لمؤشرين مهمين للكفاءة الاجتماعية هما حل المشكلات الاجتماعية، والمهارات الاجتماعية، وهو ما سوف نقدمه في الفصل التالى من هذا الكتاب.

الفصل الخامس

مظاهر اضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى المتعاطين

محتويات الفصل

- الدراسات التي تناولت حل المشكلات لدى المتعاطين.
- الدراسات التي تناولت المهارات الاجتماعية لدى المتعاطين

عرضنا فيما مضى لعدد من الدلائل التي تكشف عن ملامح الارتباط بين اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية وتعاطي المواد النفسية والاعتماد عليها. ونعرض في هذا الفصل لبعض الدراسات التي تكشف عن اتجاهات البحوث التى عنيت باضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى المتعاطين، وذلك في سياق تحليلى يسمح بقراءة مرشدة لها، تعين على تحديد ملامح هذا الاضطراب وأبرز معالمه.

ويكشف المسح الدقيق للإنتاج الفكرى النفسى المتعلق بالموضوع الراهن عن وجود اتجاهين رئيسين ميزا البحوث الخاصة باضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى المتعاطين؛ ركز الأول منها على اضطراب مهارات حل المشكلات، وبالتحديد مهارات اتخاذ القرار، في حين اهتم الاتجاه الثانى باضطراب المهارات الاجتماعية وما تتضمنه من سلوكيات توكيدية واتصالية. وسوف نعرض للدراسات الممثلة لكلا الاتجاهين فيما يلى.

أولا: الدراسات التي تناولت حل المشكلات الاجتماعية لدى المتعاطين :

اهتم الباحثون بدراسة سلوك حل المشكلة لدي المتعاطين بهدف الكشف عن أبرز مظاهر هذا السلوك. وضمن هذا الإطار أجرى تورتو (Tortu, 1988) دراسته بهدف الكشف عن الفروق بين الجنسين في عدد من المتغيرات النفسية الاجتماعية المرتبطة بتدخين التبغ، والماريجوانا، وشرب الكحول. تكونت عينة الدراسة من ١٤٦٥ طالباً من الجنسين، ينتمون إلى ٢٢ مدرسة في مدينة نيويورك، وجميع المشاركين بالصف السابع. أجاب الطلاب على استخبار تضمن مجموعة من المقاييس الخاصة بالمتغيرات المعرفية والشخصية (اتخاذ القرار، وتقدير الذات، وضبط الذات)، والاتجاهات والمعتقدات نحو التعاطى. وقد كشفت النتائج عن وجود فروق بين الجنسين في المتغيرات الخاصة بشرب الكحول

وتدخين التبغ، حيث تبين وجود ارتباط دال بين قصور مهارات اتخاذ القرار، وتدخين التبغ وشرب الكحول عند الطلاب الذكور فقط؛ كما أظهرت النتائج وجود علاقة سلبية بين كل من تقدير الذات، والثقة في القدرة على حل المشكلات، والتقدير الدراسى، وتعاطى الإناث الماريجوانا والتبغ وشرب الكحول؛ هذا فضلاً عن العلاقة الإيجابية بين كل من العجز عن ضبط الذات، ورفض مطالب الأقران، وتعاطى الطلاب من الجنسين للمواد النفسية.

وفى محاولة لتفسير أسباب اضطراب القدرة على حل المشكلات لدى المتعاطين، سعى شيفر وزملاؤه (Schaeffer et al., 1989) إلى التحقق من فرض مؤداه أن اضطراب تلك القدرة ناتج عن قصور الدافعية لدى المتعاطين؛ ومن ثم أجريت الدراسة على ٤٠ كحولياً، و٣٠ من غير المتعاطين، تراوحت أعمارهم بين ٢٦-٦٠ عاماً. وقد تم معالجة الدافعية في هذا البحث من خلال تقديم حافز مادى للأداء المرتبط بحل مجموعة من المشكلات لنصف المشاركين في المجموعتين، وذلك في مقابل عدم تقديم هذا الحافز لباقى المشاركين. وقد أوضحت النتائج عدم وجود فروق في الأداء الخاص بحل المشكلات بين الكحوليين وغير الكحوليين، مع وجود تأثير دال للحافز المادى في إثارة الدافعية للأداء داخل كل مجموعة، حيث تبين أن من حصلوا على حافز مادى كانوا أفضل في حل المشكلات بالمقارنة بمن لم يحصلوا على هذا الحافز في كلتا المجموعتين. وتشير هذه النتيجة إلى عدم وجود دليل يدعم فرض انخفاض الدافعية بوصفها السبب وراء اضطراب أداء الكحوليين في حل المشكلات.

وقام كارى وكارى (Carey & Carey, 1990) بإجراء دراسة استهدفت الكشف عن مهارات حل المشكلات الاجتماعية لدى متعاطى المواد النفسية من ذوى التشخيص الثنائى Dual diagnosis . تكونت عينة الدراسة من ٢٥ متعاطياً

ثم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب الشخصية، و١٩ مريضاً باضطراب الشخصية ولا يتعاطون المواد النفسية، و ٢١ متطوعاً لا يعانون من أى اضطرابات نفسية ولم يسبق لهم تعاطى أى من المواد النفسية. أجاب المشاركون في المجموعات الثلاث على اختبار أداء الدور المقنن، والذى يتضمن أربعة حوارات معدة مسبقاً لمواقف اجتماعية تحتاج إلى اقتراح حلول لها. وقد كشفت نتائج المقارنة بين المجموعات الثلاث عن أن مجموعتى المتعاطين من ذوى التشخيص الثنائى، ومرضى اضطراب الشخصية، كانوا أقل بشكل دال من المجموعة السوية في مهارات حل المشكلات كما كانت مجموعة المتعاطين من ذوى التشخيص الثنائى أقل بشكل دال من مجموعة مرضى اضطراب الشخصية الذين لم يسبق لهم التعاطى. وعلى الرغم من ذلك فإن الباحثين أشارا إلى أن الاضطراب الملاحظ في مهارات حل المشكلات لدى المتعاطين من ذوى التشخيص الثنائى غير ناتج بالضرورة عن التفاعل بين متغيرى التعاطى والاضطراب النفسى.

وأجرى مايرز وبراون (Mayers & Brown, 1990) دراسة استهدفت الكشف عن المتغيرات المرتبطة بالانتكاس لدى مجموعة من المراهقين الممتنعين عن شرب الكحول وتعاطى المواد النفسية. تكونت عينة الدراسة من ٥٠ مراهقاً تراوحت أعمارهم بين ١٣-١٨ سنة، عولجوا جميعهم من الاعتماد على شرب الكحول وتعاطى المواد النفسية، وتمت متابعتهم لأكثر من سنة كاملة. وقام الباحثان بتقييم استجابات المواجهة Coping responses ، والكفاءة الذاتية لدى المشاركين في أعقاب انتهاء فترة العلاج. وقد أوضحت النتائج أن المراهقين الذين تعرضوا للانتكاس فيما بعد كانوا هم الأقل استخداماً لاستراتيجيات مواجهة فعالة لحل المشكلات، وأقل في الفعالية الذاتية. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج المسح

الذي أجراه أليسون وزملاؤه (Allison et al., 1997) على ٦٦٥ طالباً بالصف العاشر، حيث أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية دالة بين التعامل مع توترات الحياة بأساليب مواجهة تتسم بالسلبية، وبين توجه المراهقين إلى التدخين، وشرب الكحول، وتعاطى الحشيش.

ونفت دراسة فرانك وزملائه (Frank et al., 1993) أن يكون تعاطي المواد النفسية مسؤولاً عن اضطراب القدرة على حل المشكلات الاجتماعية لدى المراهقين. فقد أجرى الباحثون دراستهم على ٥٦ مراهقاً يتعاطون مواد نفسية. وأجاب المشاركون عن بنود اختبار حل المشكلات الاجتماعية، واختبار التفكير بهدف الكشف عن الاستقلال المعرفى في مقابل التمركز حول الذات أثناء التفكير. أوضحت النتائج أن تعاطى المواد النفسية لم يؤثر على أى من القدرة على حل المشكلات الاجتماعية أو التفكير.

وقام فيفر (Pfeffer, 1993) بفحص عوامل اتخاذ القرار لدى ٨٥ مراهقاً نصفهم يدخن التبغ ويشرب الكحوليات، ونصفهم الآخر من غير المتعاطين. وقد طلب الباحث من جميع المشاركين تسجيل استجاباتهم الذاتية بعد قراءة حوار معد مسبقاً لحفل مصحوب بحادث لسائق مخمور. وبعد تحليل الاستجابات تبين أن غير المدخنين والذين لا يشربون الكحول ركزوا على المخاطر التى تعرض لها السائق ومن حوله، في حين ركز مدخنوا التبغ وشاربوا الكحول على جاذبية الحفل والمؤثرات الموجودة فيه؛ وهو ما يعكس خللاً واضحاً في التوجه نحو المشكلات وتحديدها لدى المتعاطين.

كما أجرى بلات وزملاؤه (Platt et al., 1995) دراسة بهدف الكشف عن القدرة على حل المشكلات الاجتماعية لدى المتعاطين. تكونت عينة الدراسة من

١٤٠ متعاطياً للهيروين، بلغ متوسط العمر لديهم ٣٥.٩ سنة. وقام الباحثون بتقديم استخبار مهارات حل المشكلات الاجتماعية لجميع المشاركين؛ وقد أوضحت النتائج أن متعاطى الهيروين يعانون من اضطراب في جميع مراحل حل المشكلات والتي تشمل : التوجه نحو المشكلة، وتحديد المشكلة، وتوليد بدائل الحل للمشكلة، واختيار الحل الملاءم، واتخاذ القرار، والتحقق من مدى ملاءمة الحل؛ ومن ثم اقترح الباحثون ضرورة تنمية مهارات حل المشكلات الاجتماعية لدى المتعاطين كمدخل لخفض احتمالات الانتكاس والتعاطى بعد انتهاء العلاج.

وقام مكورميك (McCormick, 1998) بإجراء دراسة استهدفت فحص العلاقة بين الأبعاد الأساسية في الشخصية، وأساليب المواجهة لدى المعتمدين على المواد النفسية. أجريت الدراسة على ٢٦٧٦ مشاركاً نصفهم من المعتمدين على المواد النفسية، تراوحت أعمارهم ما بين ١٨-٨١ سنة. وقد أوضحت النتائج أن المعتمدين على المواد النفسية كانوا أكثر عصابية، وأقل إذعاناً وقبولاً للقيم الاجتماعية بالمقارنة بغير المتعاطين؛ في حين كان متعاطو الكوكايين فقط أكثر انبساطية وانفتاحاً من الكحوليين، كما كان ذوو التعاطى المتعدد أقل المجموعات إذعاناً وقبولاً للقيم الاجتماعية. وقد حصل شاربوا الكحوليات وذوو التعاطى المتعدد على أعلى الدرجات على العصابية بالمقارنة بباقى مجموعات التعاطى. وارتبطت الدرجة المرتفعة من العصابية بأسلوب التحاشى والهروب، كما ارتبط عدم القبول سلبياً بأسلوب المواجهة، وارتبط عدم الالتزام والإذعان الاجتماعى باضطراب القدرة على حل المشكلات.

وفى الدراسة التى أجراها ريبيلو (Rebelo, 1999) بهدف معرفة استراتيجيات المواجهة المرتبطة بتعاطى المـــواد النفسية، وتحديد العلاقة بين مستوى الإنكار Denial ، وشدة التعاطى، قام الباحث بتحليل مجموعة من البيانات الأرشيفية المستمدة من ٣٤٦ متعاطياً بالغاً ممن انتظموا في أحد برامج

العلاج من مشكلات تعاطى المواد النفسية؛ وقد أجاب المشاركون في هذا البرنامج على عدد من الاختبارات الخاصة بالإنكار، واستراتيجيات المواجهة. وأوضحت النتائج أن أسلوب المواجهة القائم على تحاشى حل المشكلات والانسحاب الاجتماعي Social withdrawal ، ارتبط بشكل دال بشدة التعاطى؛ كما ارتبط المستوى المرتفع من الإنكار بشدة تعاطى المواد النفسية وشرب الكحوليات؛ ومن ثم اقترح الباحث تضمين التدريب على مهارات حل المشكلات في البرامج العلاجية لشاربى الكحوليات ومتعاطى المواد النفسية، مع وقاية هؤلاء المتعاطين من الانسحاب الاجتماعي.

وقامت سلاتن (Slatten, 1999) بإجراء دراسة استهدفت تحديد العلاقة بين كل من اضطراب أسلوب التفكير المهنى، والعمر، والتقدير الذاتى للقدرة على حل المشكلات، وتعاطى البالغين للمواد النفسية. تضمنت الدراسة تقييم عدد من المتغيرات أبرزها : اضطراب القدرة على اتخاذ القرار، والقلق، والصراع الخارجى، والثقة في القدرة على حل المشكلات، والتحاشى، والضبط الشخصى. وقد أوضحت النتائج أن متعاطى المواد النفسية لديهم اضطراب واضح في أسلوب تفكيرهم المهنى، حيث يشبه تفكير طلاب المدارس الثانوية، كما أن قدرتهم على حل المشكلات تشبه غالباً قدرات عملاء مراكز الإرشاد النفسى ممن لديهم اضطرابات نفسية. وكشفت النتائج عن وجود علاقة إيجابية بين اضطراب القدرة على اتخاذ القرارات لدى هؤلاء المتعاطين، وتبنى التحاشى كأسلوب للمواجهة: وتبين كذلك وجود علاقة واضحة بين تعرض هؤلاء المتعاطين للبرامج العلاجية، وتحسن قدرتهم على حل المشكلات، والضبط الشخصى Personal control .

وتؤكد دراسة مايكلز وزملائه (Michels et al., 1999) ما انتهت إليه الدراستان السابقتان؛ حيث قارن الباحثون بين استراتيجيات المواجهة لدى النساء

الكحوليات، وغير الكحوليات. أجريت الدراسة على ١٥٩ امرأة كحولية من بين السود والبيض، يمثلن ثلاث فئـات عمرية (من ٢٠-٢٩، ومن ٣٠-٣٩، ومن ٤٠-٤٩)، تم مقارنتهن بـ ١٥٠ امرأة لا يشربن الكحوليات. من بين المترددات على العيادات العامة والخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية، وقد طلب الباحثون من المشاركات في الدراسة الإجابة عن بنود اختبار استراتيجيات المواجهة. وكشفت النتائج أن شاربات الكحول غالباً ما يفضلن الأساليب غير التوافقية في المواجهة، في حين كانت النساء اللاتى لا يشربن الكحول أفضل في القدرة على حل المشكلات وتبنى استراتيجيات فعالة في المواجهة. ولم تظهر النتائج أى دلالة لمتغيرات الإثنية أو العمر في التأثير على أساليب المواجهة لدى شاربات الكحول. وقد اتسقت الصفحة النفسية الخاصة باستراتيجيات المواجهة لدى الكحوليات مع الفقر الواضح في نوعية وجودة الحياة Life quality ، وظهور عديد من المشكلات لديهم.

وأجرى كيرتس وجينكينز (Curtis & Jenkins, 2000) دراسة على مجموعة من النساء الأمريكيات السود، وذلك بهدف فحص المتغيرات المرتبطة بتعاطيهن الأدوية النفسية. تكونت عينة الدراسة من ١٠٠ امرأة، تراوحت أعمارهن بين ٢١-٤٨، نصفهن يتعاطين الأدوية النفسية، في حين لا يتعاطى نصفهن الآخر أى من المواد النفسية. وقد كشفت النتائج عن وجود فروق دالة بين مجموعتى المتعاطيات وغير المتعاطيات؛ حيث اتسمت النساء المتعاطيات بأنهن عايشن ظروفاً أسرية غلب عليها الانفصال والتفكك، ومررن بأحداث حياة صادمة؛ وأنهن عايشن خبرات حياتية سادت فيها العنصرية، ومشكلات اجتماعية أخرى، مع افتقارهن لأساليب مواجهة فعالة للتعامل مع تلك المشكلات.

وأجرى إيهارا وزملاؤه (Ihara, 2000) دراسة استهدفت فحص الوظائف التنفيذية لدى ١٧ كحولياً، حيث أجاب المشاركون على بطارية من الاختبارات تضمنت : الوظائف التنفيذية، والذكاء، والذاكرة. وأظهرت النتائج أن الكحوليين يعانون من اضطراب واضح في الوظائف التنفيذية، واضطراب القدرة على حل مشكلات الحياة اليومية، واضطراب المجال البصرى، والقدرة على القيام بنقلات عقلية، وكف السلوكيات الاعتيادية.

واستهدفت دراسة ويكس وزملائه (Wicks et al., 2001) تحديد العوامل المنبئة بمآل المعتمدين على الكحوليات، وذلك في مرحلة التخلص من السموم؛ حيث قام الباحثون بتقييم الجوانب المزاجية، والوظائف المعرفية التنفيذية لدى ١٨ شارباً للكحول (٥ إناث، و١٣ ذكراً)، بلغ متوسط العمر لديهم ٤٩ سنة. وقد أوضحت النتائج عدم وجود فروق دالة بين كل من التقرير الذاتى لأعراض الاكتئاب، والشعور باليأس، والقلق، والنسبة المئوية لعدد أيام التوقف عن شرب الكحول. في حين كانت هناك علاقة دالة بين الدرجة على اختبار حل المشكلات والمآل الخاص بشاربى الكحول. وتؤكد نتائج الدراسة حدوث اضطراب واضح في هذه المهارات خاصة أثناء المراحل المبكرة من التخلص من السموم في الجسم.

وأجرى موجن (Mogen, 2001) دراسة استهدفت فحص القدرات المعرفية لدى الكحوليين. تكونت عينة الدراسة من ٦٠ مشاركاً نصفهم من الكحوليين، ونصفهم الآخر من غير الكحوليين. أجاب المشاركون عن مجموعة من الاختبارات النفسية العصبية. وقد أظهرت النتائج وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة في الانتباه، والذاكرة قصيرة المدى، والقدرة على التخطيط، وحل المشكلات، والذكاء غير اللفظى، والقدرات المرتبطة بالمجال البصرى، والكفاءة الحركية، والمرونة العقلية،ومعالجة

المعلومات. وتكشف النتائج عن احتمالات حدوث تحسن طفيف في الوظائف المعرفية لدى الكحوليين الذين يستمرون في التوقف عن شرب الكحوليات، ويتدربون على عدد من الاستراتيجيات المعرفية.

وقام هيرك وإليوت (Herrick & Elliot, 2001) بإجراء دراسة استهدفت فحص كل من القدرة على حل المشكلات الاجتماعية، والتوافق النفسى لدى المتعاطين من ذوى التشخيص الثنائى. تكونت عينة الدراسة من ١١٧ مشاركاً بلغ متوسط العمر لديهم ٣٣ سنة، وهم يخضعون للعلاج من الاعتماد على المواد النفسية، وتم تشخيصهم على أنهم مضطربوا الشخصية. وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة سلبية بين الثقة في القدرة على حل المشكلات والسلوك الاكتئابى، والشعور بالكدر، وتعاطى المواد النفسية؛ وقد اتضحت هذه العلاقة بين تلك السلوكيات ومكون التوجه نحو حل المشكلة، وهو ما يشير إلى أهمية تعرض هؤلاء المتعاطين لبرامج تنمية حل المشكلات الاجتماعية، فضلاً عن جلسات العلاج المعرفى السلوكى.

وأجرى إرنست وزملاؤه (Ernest et al., 2003) دراسة هدفت فحص الفروق بين المراهقين الذين يعانون من اضطراب الشخصية، والبالغين الذين يتعاطون المواد النفسية، وذلك في القدرة على اتخاذ القرارات. تكونت عينة الدراسة من ٦٤ مراهقاً (٣١ سوياً، و٣٣ يعانون من اضطراب الشخصية) تراوحت أعمارهم ما بين ١٢-١٤ سنة، و٥٢ بالغاً (منهم ٢٢ سوياً، و٣٠ معتمداً على المواد النفسية). وقد أوضحت النتائج وجود تشابه في أداء كل من المراهقين والبالغين الأسوياء، في حين كان أداء المراهقين مضطربى الشخصية ضعيفاً بالمقارنة بالمراهقين الأسوياء، كما كان أداء البالغين المعتمدين على المواد النفسية أقل من غير المتعاطين في القدرة على اتخاذ القرارات.

ويتضح من خلال استعراض دراسات هذه الفئة أن معظم النتائج انتهت إلى وجود قصور في مهارات حل المشكلات لدى المتعاطين؛ في حين كشفت قلة من الدراسات عن عدم وجود فروق في مهارات حل المشكلات بين المتعاطين وغير المتعاطين (e.g., Frank et al., 1993). كما يلاحظ أن الدراسات ركزت على مكون أو اثنين من مكونات مهارات حل المشكلات، دون الاهتمام بباقى المكونات، حيث لم نعثر سوى على دراسة أو دراستين على الأكثر تناولت حل المشكلات بمختلف مكوناتها لدى المتعاطين (see: Carey & Carey, 1990; Platt et al., 1995). وقد تنوعت الأساليب المستخدمة في قياس حل المشكلات ما بين الأساليب شبه الإسقاطية (التى تقوم على قص قصة عن شخص يتعرض لمشكلة أو صراع ما)، والمقابلات المتعمقة، والملاحظة في مواقف طبيعية أو تجريبية، بالإضافة إلى بعض الاستخبارات التى تعتمد على التقدير الذاتى.

ثانياً : الدراسات التى تناولت المهارات الاجتماعية لدى المتعاطين :

مع الأهمية التي حظيت بها المهارات الاجتماعية، سعي الباحثون إلي الكشف عن مظاهر هذه المهارات لدى متعاطى المواد النفسية، ففي الدراسة التى أجراها شوب وزملاؤه (Shope et al., 1993) على ١٠١٢ مراهقاً، بهدف الكشف عن العلاقة بين مهارات الرفض، والوقاية من شرب الكحوليات؛ تبين أن المراهقين الذين رفضوا عرض تعاطى البيرة لديهم معرفة وقائية تتعلق بشرب الكحول، مع توافر مهارات جيدة لمقاومة ضغوط التعاطى، وكفاءة في توظيف المعرفة في المواقف المرتبطة بشرب الكحول، فضلاً عن أن لديهم مصدر ضبط داخلى Internal locus of control ، وتقدير مرتفع للذات. وتدعم هذه النتائج أهمية التدريب على مهارات الرفض ضمن برامج الوقاية من تعاطى المخدرات والكحوليات، وأهمية تقييم هذه المهارات عند تصميم مثل هذه البرامج.

وتشير نتائج المراجعة التى قام بها بلات وهاسبند (Platt & Husband, 1993) للبحوث التى أجريت في مجال حل المشكلات والمهارات الاجتماعية لدى المتعاطين والمستهدفين، إلى أن متعاطى المواد النفسية يكشفون عن اضطراب واضح في تلك المهارات؛ وهو ما من شأنه أن يصيب المتعاطين بالإحباط في مجال التفاعل مع الآخرين، ويجعلهم يدركون أنفسهم على أنهم غير قادرين على تسيير أمورهم في مختلف المواقف، وبالتالى يجدون أنفسهم مدفوعين نحو مزيد من تعاطى المواد النفسية.

وفى الدراسة التى أجراها سيجرن (Segrin, 1993) بهدف فحص العلاقة بين اضطراب المهارات الاجتماعية والتعرض للمشكلات النفسية الاجتماعية، اشتملت عينة الدراسة على ٤٠٦ طالباً جامعياً، بلغ متوسط العمر لديهم ٢٢ عاماً، أجابوا على بطارية من الاختبارات في الأسبوع الأول من العام الدراسى، ثم أعيد التطبيق عليهم مرة أخرى بعد مرور أربعة شهور. وقد تضمنت هذه الاختبارات مقاييس للمهارات الاجتماعية، والاكتئاب، والوحدة النفسية، وتعاطى المواد النفسية، والأداء الأكاديمى. وأوضحت النتائج وجود علاقة دالة بين اضطراب المهارات الاجتماعية وكل من الاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية، في حين لم تظهر علاقة دالة بين اضطراب المهارات الاجتماعية وتعاطى المواد النفسية، وضعف الأداء الأكاديمى.

واستهدفت الدراسة التى أجراها فان هاسيلت وزملاؤه (Van Hasselt et al., 1993) فحص العلاقة بين المهارات الاجتماعية والاكتئاب لدى مجموعة من المراهقين المتعاطين للمواد النفسية؛ حيث قام الباحثون بتقدير مستوى المهارة الاجتماعية من خلال استخبار السلوك التوكيدى للمراهقين، واختبار الشعور بالوحدة النفسية، في حين تم قياس مستوى الاكتئاب من خلال قائمة بيك، واختبار

الشعور باليأس، واستخبار تقدير الذات لروزنبرج. وقد كشفت النتائج عن أن المتعاطيات كن أكثر خضوعاً وعدواناً من غير المتعاطيات، وأن المتعاطين الذكور كانوا أقل توكيداً من غير المتعاطين؛ كما لوحظ وجود درجة من الاكتئاب لدى المتعاطين من الجنسين تراوحت بين البسيط إلى المتوسط؛ وأشارت النتائج أيضاً إلى وجود علاقة عكسية بين المهارات الاجتماعية والاكتئاب. وتلفت هذه النتائج الانتباه إلى الحاجة لمزيد من التقييم لمهارات الكفاءة الاجتماعية لدى المتعاطين، وأهمية أن تتوافر بيانات تتبعية لتوضيح العلاقة بين كل من التوافق النفسى والاجتماعى، والاضطرابات الوجدانية، والتعاطى.

وأجرى همستريت وفليك (Hemstreet & Flick, 1994) دراسة استهدفت فحص المهارات الاجتماعية لدى المراهقين المتعاطين. تكونت عينة الدراسة من ٩٥ مراهقاً من الجنسين يتعاطون المواد النفسية، و٩٧ مراهقاً من الجنسين من غير المتعاطين. قام الباحثون بتطبيق مقياس المهارات الاجتماعية على جميع المشاركين. وقد أوضحت النتائج أن الذكور المتعاطين أظهروا اضطراباً واضحاً على مستوى الدرجة الكلية والمقاييس الفرعية للمهارات الاجتماعية (التعاون، والتوكيد، والوئام الوجدانى، والضبط الذاتى)، وذلك عند مقارنتهم بالذكور غير المتعاطين، كما أظهرت المراهقات المتعاطيات قصوراً واضحاً في المهارات الاجتماعية على مستوى الدرجة الكلية للمهارة الاجتماعية، وعلى مقياس التعاون، والتوكيد، بالمقارنة بغير المتعاطيات.

وسعياً وراء التحقق من أن المراهقين المتعاطين يشيع بينهم اضطراب المهارات الاجتماعية قبل الإقدام على التعاطى، قام تاو (Tau, 1995) بإجراء مراجعة للدراسات التى أجريت في هذا المجال. وقد كشفت النتائج عن عدم وجود بيانات واقعية تدعم اضطراب المهارات الاجتماعية قبل الإقدام على التعاطى لدى المراهقين المتعاطين. ويضيف الباحث، أن الكم الهائل من البحوث

التى ركزت على مدى فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية في برامج الوقاية، لم تعن بتحديد الظروف التى صاحبت اضطراب المهارات الاجماعية السابق على حدث التعاطى، ويستثنى من ذلك دراسة واحدة اهتمت برصد مجموعة الظروف التى أحاطت باضطراب المهارات الاجتماعية لدى المراهقين المتعاطين، والتى أظهرت نتائجها أن الفروق بين المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين دالة للقلق، وفقر الاستدلال اللفظى Verbal reasoning أكثر منها لمتغيرات التدريب على المهارات الاجتماعية. وتؤكد تلك الدراسة الحاجة إلى مزيد من البحوث التى تعنى بتقييم المستويات السابقة للمهارات الاجتماعية لدى المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين.

وأجرى ماساك (Massac, 1998) دراسة استهدفت الكشف عن الفروق في التشويهات المعرفية Cognitive distortion ، والمهارات الاجتماعية، ومشكلات تعاطى المواد النفسية لدى مجموعة من المراهقين الذكور المودعين في مؤسسات الأحداث. تكونت عينة الدراسة من ١٨٠ مراهقاً تراوحت أعمارهم بين ١٣-١٧ سنة، موزعين على ثلاث مجموعات: تضم المجموعة الأولى ٦٠ مراهقاً سبق إيداعهم قبل ذلك، وتشتمل الثانية على ٦٠ مراهقاً تم إيداعهم للمرة الأولى، في حين تتكون المجموعة الثالثة من ٦٠ مراهقاً لم يسبق لهم الإيداع. أجاب المشاركون عن بطارية من الاختبارات تضمنت : مقياس الاعتماد على المواد النفسية، واستخبار المهارات الاجتماعية، واختبار الأخطاء المعرفية السلبيةNegative cognitive errors . وقد أوضحت نتائج المقارنة بين المجموعات الثلاث أن المجموعة الثالثة كانت أقل تعاطياً للمواد النفسية، وذلك بالمقارنة بالمجموعتين الأخريين، في حين لم تكن هناك فروق بين المجموعات الثلاث في التشويهات المعرفية؛ وأخيراً أشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية بين تعاطى المواد النفسية وشرب الكحوليات واضطراب المهارات الاجتماعية.

واستهدفت دراسة هال وزملائه (Hall et al., 1998) فحص المهارات الاجتماعية لدى المراهقين المتعاطين والمتوقفين عن التعاطى. أجريت الدراسة على ٢١ مراهقاً يتعاطون المواد النفسية، و٢١ مراهقاً من بين المتوقفين عن التعاطى. واستعان الباحثون بأسلوب المقابلة المقننة، واختبار التوجه للمشكلة، واختبار أداء الدور الموقفى، لتقييم المهارات الاجتماعية لدى عينتى الدراسة. وقد أظهرت نتائج المقارنة وجود فروق دالة بين عينتى المراهقين؛ حيث تفوقت عينة المتوقفين عن التعاطى على عينة المراهقين المتعاطين في كافة الجوانب الخاصة بالمهارات الاجتماعية؛ في حين كانت مجموعة المراهقين المتعاطين أعلى بشكل دال من مجموعة المراهقين المتوقفين عن التعاطى في المشكلات السلوكية والاجتماعية.

وأجرى فالس ستيوارت وبيرشلر (Fals-Stewart & Birchler, 1998) دراسة استهدفت المقارنة بين الأزواج المتعاطين، والأزواج الذين يمرون بحالات من الكرب Distress النفسى في المهارات الاجتماعية والتوافق النفسى. تكونت عينة الدراسة من ١٧ زوجاً يتعاطون المواد النفسية، و١٧ زوجاً يمرون بحالة من الكرب والكدر النفسى. وقد أجاب المشاركون عن عدد من الاختبارات الخاصة بالتوافق الزواجى، وشاركوا في مناقشات لحل صراع زواجى يعرض أمامهم من خلال شريط متلفز؛ وعلى الرغم من عدم وجود فروق دالة بين كلا النوعين من الأزواج في التوافق الزواجى، فإن عينة المتعاطين كانت أعلى بشكل دال في اضطراب مهارات التواصل، وبصفة خاصة على متغيرات الإساءة، ومهارات حل المشكلات، وعزو اللوم ، فضلاً عن الدرجة الكلية لمهارات التواصل.

وقام دونهيو وزملاؤه (Donohue et al., 1999) بإجراء دراسة بهدف فحص مهارات الرفض لدى المراهقين المتعاطين من ذوى التشخيص الثنائى؛ تكونت عينة الدراسة من ٤٤ مراهقاً، تراوحت أعمارهم بين ١٦-١٧ عاماً؛ وقد تم تشخيص ٥٠% من أفراد العينة على أنهم يتعاطون المواد النفسية، ويعانون من

اضطراب الشخصية الاعتمادية. أجاب المشاركون على اختبار أداء الدور، والذى تضمن أربعة حوارات معدة مسبقاً عن مواقف تفاعلية لمجموعة من الشباب يشربون الكحول ويتعاطون المنشطات. وقد كشفت النتائج عن وجود علاقة إيجابية بين مهارات الرفض وكل من الأداء المدرسى، والكفاءة الاجتماعية للمراهقين؛ كما تبين وجود علاقة واضحة بين التورط في مزيد من أنشطة التعاطى، واضطراب مهارات الرفض لدى المراهقين المتعاطين.

واستهدفت دراسة هاموند (Hammond, 2000) فحص بعض المتغيرات النفسية لدى ثلاث مجموعات من المراهقين الكنديين الذين يتعاطون المواد النفسية. تكونت المجموعة الأولى من ٥٦ مستنشقاً للمذيبات الطيارة، في حين اشتملت المجموعة الثانية على ٨٠ مراهقاً من ذوى التعاطى المتعدد للمواد النفسية، أما المجموعة الثالثة فقد ضمت ٨٨ من غير المتعاطين. أجاب المشاركون على بطارية من الاختبارات تهدف إلى قياس المناخ الأسرى، وتقدير الذات، والاكتئاب، والقلق، واليأس. وقد أظهرت النتائج أن المراهقين الكنديين الذين يستنشقون المذيبات الطيارة، أفصحوا عن درجة كبيرة من عدم الأمان في علاقتهم مع والديهم وأقرانهم، ودرجة مرتفعة من سوء التوافق مع الصعوبات المعرفية والانفعالية، واضطراباً في المهارات الاجتماعية، فضلاً عن مظاهر السلوك المناهض للمجتمع. وأوضح الباحث أن المراهقين الذين بدأوا في تعاطى المذيبات الطيارة قبل سن ٦ سنوات أظهروا درجة شديدة من الاعتماد على هذه المواد في مرحلة المراهقة، وقدراً مرتفعاً من التفكك في الشخصية والعلاقات مع الآخرين.

وأجرى والتون وزملاؤه (Walton et al., 2000) دراسة استهدفت الكشف عن الفروق في إدراك المتعاطين والمعالجين لأهم منبئآت الانتكاسة. تضمنت الدراسة ٢٤١ متعاطياً يخضعون للعلاج، تراوحت أعمارهم بين ١٨-٧٤ عاماً، و٢٠ معالجاً ومرشداً نفسياً من القائمين على البرامج العلاجية لهؤلاء المتعاطين. أجاب المشاركون على مقياس تضمن أربعة جوانب أساسية للتنبؤ بالانتكاسة هى : مهارات المواجهة، والدعم الاجتماعى، والدخل، وأنشطة وقت الفراغ Recreational activities . وقد

أوضحت النتائج وجود تباين واضح بين المتعاطين والمعالجين في تحديد العوامل الخاصة بالانتكاسة، حيث قرر المعالجون أن الدخل يعتبر من أهم العوامل المنبئة بالانتكاسة، وأن مهارات المواجهة تتبئ بالانتكاسة لدى الكحوليين، بينما لا تتبئ بالانتكاسة لدى متعاطى المخدرات الطبيعية؛ في حين قرر المتعاطون أن الدخل يرتبط بالانتكاسة فقط لدى ذوى التعاطى المتعدد، وأن مهارات المواجهة، وأنشطة وقت الفراغ تتبئ بالانتكاسة لدى الكحوليين، أما الدعم الاجتماعى فينبئ بالانتكاسة لدى متعاطى المخدرات الطبيعية. ومن خلال فترة المتابعة التى امتدت لمدة سنتين تبين صدق تنبؤات المشاركين المتعاطين حول العوامل المتعلقة بالانتكاسة، وذلك بالمقارنة بالمعالجين؛ وهو ما يشير إلى أهمية الاستفادة من الإدراكات الذاتية Self perceptions للمتعاطين أنفسهم لفهم العوامل التى تسهم في انتكاستهم.

ويكشف لنا استعراض دراسات تلك الفئة عن أن المهارات الاجتماعية تم تناولها من خلال التركيز على مهارات محددة تمثلت في مهارات الرفض، وبعض مهارات التواصل الاجتماعى، مع إغفال الجوانب المعرفية والوجدانية الأخرى لهذه المهارات مثل : حرية التعبير عن المشاعر، والدفاع عن الحقوق الخاصة والتمسك بها، والمبادأة بالتفاعل الاجتماعى. وبالتالى فقد أغفلت هذه الدراسات جانباً مهماً تمثل في التفاعل فيما بين هذه المهارات وبعضها بعضا لدى المتعاطين. كما أن معظم الاختبارات التى استخدمت لقياس وتقييم المهارات الاجتماعية ركزت على مهارات الرفض في مواقف التعاطى فقط دون غيرها من المواقف الأخرى، ومن ثم فقد جاءت بنود هذه المقاييس محدودة وغير متنوعة. هذا فضلاً عن أن معظم الدراسات استعانت باختبارات أداء الدور وذلك لقياس المهارات الاجتماعية، مقارنة بالدراسات التى اعتمدت على اختبارات موضوعية؛ ومن ثم فقد ركزت هذه الدراسات على قطاعات سلوكية محدودة يتم ملاحظتها دون الاهتمام بباقى الأنماط السلوكية التى يحتمل أن تظهر في مختلف المواقف الاجتماعية.

الفصل السادس

النماذج النظرية المفسرة لاضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى المتعاطين والمدمنين

محتويات الفصل

- مناحي تفسير اضطراب الكفاءة الإجتماعية.
- نموذج أرجايل وكيندون.
- نظرية التعلم الاجتماعي.
- نموذج مخططات يونج.
- نظرية معالجة المعلومات الاجتماعية.

يقصد باضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية "وصف ذلك النمط من السلوك الذي يتسم بعدم التوافق ويفتقر للفعالية في مواقف التفاعل الاجتماعى، رغم ما يبذله صاحبه من جهد لتحقيق نتائج إيجابية (Goldsmith & McFall, 1975, p.51)، وتبدو مظاهر هذا الاضطراب في كافة أشكال التفاعل الاجتماعى الفاشل، ومواقف العجز عن التوكيد، واتخاذ القرارات وحل المشكلات".

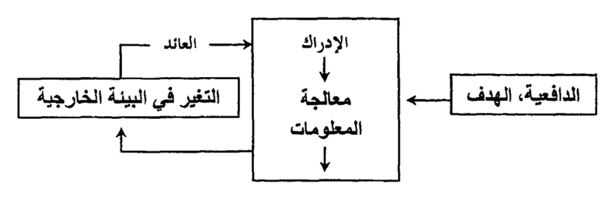
ويشير بيكر وهمبرج (Becker & Heimberg, 1988, pp. 366-367) إلى وجود منحيين يمكن من خلالهما الإحاطة بمظاهر اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية، **المنحى الأول**، ويطلق عليه منحى الفشل الاجتماعى الأولى Primary social failure ، ويفسر من خلاله اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية على ضوء افتقار الاستجابة الملائمة في الرصيد السلوكى للفرد أو إلى تلاشيها بفعل غياب الفرص الملائمة للتفاعل الاجتماعى، والعقاب على السلوكيات الاجتماعية في المراحل الارتقائية المبكرة، أو المرور بخبرات اجتماعية غير ملائمة.

أما **المنحى الثانى**، فيطلق عليه منحى الفشل الاجتماعى الثانوى Secondary social failure ؛ وينظر من خلاله إلى اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية في إطار تأثير عوامل وجدانية أو معرفية تكف أو تحول دون إصدار الاستجابة الملائمة، رغم كونها في الرصيد السلوكى للشخص. وأبرز هذه العوامل القلق العام، والقلق الاجتماعى، والتقييم السلبى للذات، والمعرفة غير الملائمة بالقواعد الاجتماعية، والتوقعات السلبية، وغيرها من العوامل الأخرى.

وفيما يلى نعرض لبعض النماذج والنظريات المفسرة لاضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية، وبما يعكس وجهتى النظر المطروحتين في المنحيين المشار إليهما.

١ - نموذج أرجايل وكيندون :

قدم أرجايل وكيندون (see: Argyle, 1967, pp. 86-96; Argyle & Cook, 1976, pp. 122-124) عام ١٩٦٧ مخططاً توضيحياً للمهارات الاجتماعية من خلال ما يعرف باسم نموذج المهارة الحركية (انظر شكل ١).



شكل رقم (١)

نموذج المهارة الحركية لأرجايل وكيندون

وتبعاً لهذا النموذج، تصدر الاستجابة الحركية لتحقيق هدف محدد؛ ويؤدى الإدراك الانتقائى Selective perception للهاديات دوراً أساسياً في سلسلة المهارات الحركية Motor skills ؛ حيث يتعلم الفرد تحديد الهاديات التى تحقق له الإنجاز، وبالتالى ينمى نحـوها نوعاً من الحساسية. وتتم معالجة المعلومات Information processing التى أمكن الحصول عليها بواسطة المستقبلات الحسية لتحليل الإدراكات، وتوجيه الأداء، ثم تحدث الاستجابة الحركية، حيث تصدر الأوامر الناتجة عن معالجة المعلومات إلى العضلات، وذلك لأداء مجموعة من الحركات الموجهة والهادفة. وثمة تنظيم متدرج للأهداف يتسق مع التتابع في الاستجابات العضلية، كما أن هناك سلسلة من الأهداف الفرعية، يتم تحقيقها تباعاً الواحد تلو الآخر وفقاً لمبدأ التدرج؛ ثم تأتى مرحلة العائد وتقييم مدى نجاح الفعل في تغيير البيئة الخارجية؛ ويتوقف على هذا التقييم إما

استمرار الفرد في إصدار هذه الاستجابات، أو تعديل استجاباته وفقاً للهاديات الإدراكية المتاحة. ويعتبر عنصر توقيت الاستجابة أحد الخصائص المهمة للمهارات الحركية الناجحة، حيث ينبغى أن تتم في توقيت صحيح، وبإيقاع ملائم؛ كما أن المهارات اللفظية وغير اللفظية مثل : النظرة، والإيماءات والهيئة، وغيرها تُعد من العوامل المهمة التى تسهم في نجاح المهارة.

وعلى ضوء النموذج الذي قدمه أرجايل وكيندون يمكن تفسير اضطراب المهارة الاجتماعية بإصابة أى عنصر من عناصر هذا النموذج بالخلل؛ فقد يعجز الشخص عن التخطيط للوصول للهدف، نتيجة شعوره بالعجز عن التحكم في البيئة، أو اضطراره إلى كبت أهدافه بسبب فشل سابق؛ كما قد تتعارض رغباته نتيجة وجود صراعات داخلية؛ أما عنصر الإدراك فيتخذ الخلل فيه أشكالاً مختلفة منها انخفاض مستوى دقة الإدراك، وضعف القدرة على التمييز، ووجود تنميطات غير دقيقة تظهر في صورة أخطاء ثابتة، وأخيراً التركيز على الشخص وإهمال الموقف؛ كما يتراوح الخلل في عنصر معالجة المعلومات بين فشل في تقييم بدائل الاستجابة، والبطء في اتخاذ القرار والفشل في تجميع المعلومات اللازمة لاتخاذ القرار. وفى مرحلة الاستجابة الحركية قد يظهر الخلل في مستوى الاستجابات الجزئية منها : التواصل بالعين، أو التعبير باليدين. أما في المرحلة الأخيرة، وهى تقييم العائد من البيئة الخارجية، فيتشابه الخلل فيها مع الخلل في عملية الإدراك؛ والأخطاء البارزة هنا تتمثل في فشل الانتباه للعائد، أو تشويهه نتيجة للتوترات المصاحبة للحاجات الشخصية (أسامة أبو سريع، ١٩٨٦، ص ص ٥٤-٥٥). ويقدم هذا النموذج تفسيراً للعلاقة بين اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية، وتعاطى المواد النفسية، على اعتبار أن الاضطراب في هذه المهارات يمكن أن يكون لاحقاً لسلوك التعاطى. فقد كشفت دراسة فالس سيتوارت وشيفر

(Fals-Stewart & Schafer, 1992) عن أن ذوى التعاطى المتعدد يعانون من نقص واضح في وظائف التذكر، والاستدلال التجريدى، وكفاءة حل المشكلات. كما أوضحت دراسات سويف وزملائه وجود تأثيرات ناتجة عن التعاطى طويل الأمد للقنب أبرزها اضطراب دقة الإدراك، والسرعة النفسية الحركية، والقدرة على الحكم والتقدير، والذاكرة قصيرة المدى. كما أشارت الدراسات أيضاً إلى أن شاربى الكحول المزمنين يعانون من انخفاض كفاءة الأداء في المهام التى تقتضى عملية مسح شامل للمجال البصرى أو تحليل لحدود المنبهات البصرية (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص١٠٥).

وتكشف هذه الدراسات وغيرها إذن عن وجود اضطراب واضح لدى المتعاطين في جميع أو معظم مراحل نمـوذج المهارة الاجتماعية الذي قـدمه أرجايل وكيندون، وهو ما من شأنه أن يعوق صدور استجابات تتسم بالمهارة كنتيجة طبيعية لانخفاض الدافعية، واضطراب القدرات المعرفية الميسرة لهذه الاستجابات، والفشل في اتخاذ قرارات أو إصدار أحكام فضلاً عن عدم القدرة على تقييم العائد أثناء عملية التفاعل.

٢ – نظرية التعلم الاجتماعى :

تؤكد نظرية التعلم الاجتماعى أهمية العمليات الرمزية وعمليات المحاكاة، والتنظيم الذاتى في السلوك، وأهمية المعرفة التى تؤدى دوراً رئيساً في التعلم الإنسانى (أسامة الغريب، ٢٠٠٠، ص٧٧). ويفسر منظرو التعلم الاجتماعى اكتساب مهارات الكفاءة الاجتماعية– كأحد أشكال السلوك الاجتماعى – من خلال أربعة صور مختلفة من التأثير :

أ) الأنماط السلوكية في الأسرة، والتى تعمل كنموذج لسلوك الطفل الذي يقلد ما يلاحظه في الآخرين.

ب) استخدام الاستحسان Improval وعدم الاستحسان Disimproval ، والثواب والعقاب، لتعليم الطفل كيف يسلك بطريقة تتسم بالكفاءة الاجتماعية.

ج) تنظيم العقاب، بحيث يأتى متفقاً مع الأفعال الخاطئة، وذلك لتعليم الطفل التبصر بسلوكه، وتوقع النتائج المترتبة عليه.

د) استثارة دافعية الطفل، بحيث يسلك على نحو يلقى استحسان الجماعة (طلعت منصور وحليم بشاى، ١٩٨٠).

وقد بين باندورا من خلال دراساته أن عملية التعلم الاجتماعي عملية نشطة وتحتاج إلي شروط تضمن نجاحها منها : إعطاء تعليمات لفظية خلال ملاحظة النموذج، والعمل علي إثارة الدوافع والاهتمامات الشخصية للطفل التي تحثه علي أن يتعلم بسرعة الأشياء التي تتفق مع هذه الحاجات (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٣، ص٥٩). ويزيد وعي الأبوين بدورهما كنماذج للملاحظة والتقليد، وإدراكهما لدور الآخرين كنماذج مماثلة، من خلال اهتمامهما بتكثيف النماذج الحسنة في سلوكهما؛ فالحوار الهادئ بين الزوجين، وتجنب التعبير الفج عن الغضب، وحسن الاستماع والتحدث مع الآخرين، كل هذا من شأنه أن يبرز نماذج ملائمة للطفل يقلدها ويقتدي بها . ويكتسب الطفل كثيراً من مهارات الكفاءة الاجتماعية من النماذج التي تقدمها وسائل الإعلام وجماعات الأقران. وتوفر النماذج الإيجابية المبكرة فرصة تعلم ثرية، خصوصاً أنها تتم في سياقات طبيعية، وفي سن ملائمة (محمد الجيوسى، ٢٠٠٢، ص ٢٩١) .

وعلى ذلك، ينشأ اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية نتيجة خلل أو قصور فيما يقدم من صيغ اجتماعية (الثواب والعقاب والنمذجة) لتشكيل السلوك. فالآباء الذين يكشفون عن أنماط العجز والضعف في السيطرة على أنفسهم

وأفكارهم ومشاعرهم وأحوالهم الانفعالية والمزاجية، ويتسم سلوكهم بالعدوانية، والعنف الشديد، إنما يقدمون أنفسهم كنماذج وظيفية سيئة لأبنائهم، يصعب معها اكتساب مهارات اجتماعية تتسم بالكفاءة والفعالية؛ فالطفل الذي تتم تنشئته باستمرار على النبذ والعنف والضرب وسوء المعاملة بكل أنواعها، يتوقع أن يتسم سلوكه بسوء التوافق؛ وغالباً ما ترتفع معدلات التنبؤ لدى هؤلاء الأطفال بارتكاب المزيد من السلوك الجانح، وتعاطى المخدرات، خاصة في ظل سيادة نظم من التنشئة الأسرية تقوم على القسوة والنبذ والرفض والتناقض بين القول والفعل، وضعف إدارة حركة الأبناء، وسيادة الفوضى، وسوء النظام، وهى متغيرات من شأنها أن تقلل من الفرص المتاحة لهؤلاء الأطفال لتعلم الطرائق الإيجابية اللازمة لإدارة الصراع الاجتماعى (محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٠).

وتدلنا الصورة السابقة على أن اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية إنما هو أحد نواتج الفشل في عمليات التعلم الاجتماعى؛ والذى يترتب عليه عديد من التأثيرات السلبية مثل : الاستهداف للتعاطى، والانحراف، أو الوقوع تحت تأثير جماعات الأقران المنحرفة، واللجوء لأساليب لاتوافقية غير سوية للتخلص من الضغوط والصراعات. ولعله مما يدعم ذلك ما كشفت عنه الدراسات من أن سلوك بدء التعاطى غالباً ما يتم تحت ضغط وإلحاح مستمرين من جماعات الأقران (هند طه، ١٩٨٤؛ عبدالمنعم شحاته، ١٩٨٩؛ فوقية حسن، ١٩٩٠؛ على عبدالسلام، ١٩٩٣؛ Michael, 1996؛ مصطفى سويف، ١٩٩٩). وفى ظل قصور مهارات الكفاءة الاجتماعية وأبرزها في هذا السياق مهارات الرفض (طريف شوقى، ١٩٩٨؛ Botvin, 1998).

كما أظهرت الدراسات (انظر: عبدالله الصيرفى وزملاؤه ، ١٩٨٨) أن تنشئة المتعاطين اتسمت بالقسوة بالمقارنة بغير المتعاطين، وأنهم ينتمون لأسر

تحبذ العقاب البدنى كأسلوب للتنشئة، وتتسم العلاقات بين أفراد أسرهم بالتفكك. وتوصل كارفلو وزملاؤه (Carvalho et al., 1995) إلى أن أكثر المتغيرات الأسرية ارتباطاً بتعاطى المراهقين للمواد النفسية هى : العنف الأسرى، تلاه غياب الحوار المتعلق بحل المشكلات، فعدم الرضا الزواجي للوالدين، وأخيراً عدم اهتمام الوالدين بالأبناء؛ بينما كانت أبرز العوامل ارتباطاً بشرب المراهقين للكحوليات هى العنف داخل الأسرة، وعدم اهتمام الوالدين بالأبناء. وكشفت دراسة ديويت وزملائه (Dewit et al., 2000) عن أن تعرض الطلاب لنمط غير محبذ من الثقافة المدرسية (كما تمثل في انخفاض الدعم من جانب المدرسين، وزملاء الفصل، والصراع بين التلاميذ، ووجود قواعد مدرسية مجحفة، وعجز الطلاب عن اتخاذ قرارات مستقلة)، قد ارتبط بشكل دال بانخفاض التمسك بالعملية التعليمية، واستحسان الأقران للسلوكيات المنحرفة، واللذان ارتبطا بدورهما بشكل دال بمشكلات عدم الالتزام بالقواعد، واضطراب السلوك، وتعاطى المراهقين للمواد النفسية. ويربط شيك (Shek, 2002) بين اضطراب الكفاءة الأسرية، وانحراف المراهقين، وتعاطيهم المواد النفسية، وانخفاض تقدير الذات لديهم، وعدم رضاهم عن الحياة، وتأخرهم دراسياً. كما تبين أن فرص التعاطى تزيد في ظل وجود نماذج من المتعاطين يوفرها أحد الوالدين أو الأقارب أو الأصدقاء (مصطفى سويف، ١٩٩٦). وقد دفع ذلك بعض الباحثين (Wada & Fukui, 1993) إلى المناداة بأهمية تعديل المناخ الأسرى والمدرسى بوصفه من عوامل الوقاية من التعاطى.

وفي هذا الشأن يقترح بوتفين وتورتو (Botvin & Tortu, 1988) دوراً مهماً للوالدين تحديداً بوصفهما الداعمة الأولى لتنمية هذه المهارات لدى الأفراد وذلك من خلال التالى :

١ – تيسير ارتقاء المهارات الاجتماعية.

٢ – تزويد الأطفال ببيئة تدعيمية تساعدهم على تنمية الثقة بالنفس والكفاءة الذاتية.

٣ – تعويض الأبناء عن التأثيرات السلبية للأقران.

٤ – الاهتمام بتدعيم علاقات صحية مع الأقران.

٣ – نموذج مخططات يونج :

يُعد مفهوم المخطط Schema البناء المعرفى الأساسى الذي يقود عملية معالجة المعلومات؛ ويقصد به مجموعة من القواعد التى تصنف وترتب وتنظم وتفسر المعلومات الواردة للفرد، وتيسر استرجاع المعلومات من الذاكرة. وتصنف المخططات إلى أشكال وصيغ يتخلق منها مجموعة من الأفكار المعرفية أو ابتكار نوع من التحيز المعرفى يبرز تأثيره عبر مواقف عديدة (دبراهوب وريتشارد همبرج، ٢٠٠٢، ص٢٤٧؛ Taylor & Crocker, 1992, p. 155).

ويذكر بيك Beck وزملاؤه (انظر: جيفرى يونج وآخرون، ٢٠٠٢، ص٥٨٢: مترجم) أن تعبير المخططات ينظر إليه في مجال علم الأمراض النفسية بوصفها أبنية ذات محتوى شخصى شديد الذاتية، تنشط خلال اضطرابات محددة، وتصبح مهيمنة، مما ينتج عنها تحيز سلبى منتظم في تفسير واستدعاء الخبرات، وفى التوقعات القصيرة والبعيدة على حد سواء، في الوقت الذي تكون فيه المخططات الإيجابية أقل هيمنة ووضوحاً.

ويحدد جيفرى يونج Young (المرجع نفسه، ص ص ٥٨٣–٥٨٩) ـ من خلال الملاحظة الإكلينيكية Clinical observation ـ مجموعة من المخططات الفرعية، أطلق عليها اسم مخططات سوء التوافق المبكرة Early Maladaptive schemas. وتشير تلك المخططات إلى سياقات متطرفة الاتساق والاستمرارية، تتكون خلال مرحلة الطفولة، وتتطور عبر حياة الفرد. وقد حدد يونج ستة

مجالات مختلفة تندرج تحتها ستة عشر مخططاً من مخططات سوء التوافق المبكرة وذلك على النحو التالى :

أ) عدم الاستقرار وانقطاع الصلات ؛ ويشير هذا المجال إلى توقعات الفرد بأن احتياجه للأمان والاستقرار والرعاية والانتماء لن يتحقق في ظل مناخ تكون فيه الروابط الأسرية التقليدية متقطعة، ومتفجرة وغير قابلة للتنبؤ. ويشتمل هذا المجال على مخططات : **الهجر / عدم الاستقرار، وعدم الثقة، والحرمان الاجتماعى.** وتعكس تلك المخططات إحساس الفرد بأن الأشخاص المقربين لديه لن يكونوا قادرين على الاستمرار في تقديم الدعم الوجدانى، والقوة، وتوقع قيام الآخرين بإيذائه واستغلاله، وأن الآخرين لن يحققوا رغبته في الحصول على درجة ملائمة من الدعم العاطفى.

ب) العجز عن الاستقلال؛ ويتعلق هذا المجال بتوقعات الفرد عن نفسه وعن بيئته، من حيث إدراكه لذاته على أنه عاجز عن الانفصال، أو مواصلة الحياة، أو العمل مستقلاً. ويحدث ذلك غالباً، في ظل ظروف أسرية ضاغطة، ومشوهة لأحكام الطفل أو مفرطة في الحماية. ويشتمل هذا المجال على مخططات: **الاعتماد الوظيفى / انعدام الكفاءة، والاستهداف للأذى والمرض، والاحتواء / الذات غير المتطورة**؛ وتعكس تلك المخططات اعتقاد الشخص بعجزه عن تحمل مسئولياته اليومية بطريقة تتسم بالكفاءة (مثل رعايته لذاته، وحل المشكلات اليومية، وإصدار أحكام صائبة، والقيام بمهام جديدة، واتخاذ قرارات جيدة)، وخوفه المُبالغ فيه من أن كارثة ستحل به في أى وقت، فضلاً عن التورط الانفعالى المتزايد والارتباط الوثيق بالوالدين على حساب الاستقلالية الكاملة أو الارتقاء الاجتماعى السوى.

ج) افتقاد المرغوبية Undesirability ؛ ويقصد بهذا المجال توقع المرء أنه غير مرغوب فيه، وأنه مختلف عن الآخرين في الجاذبية الجسمية، والمهارات الاجتماعية، والجدارة الداخلية، والتكامل الأخلاقى، والشخصية المثيرة للشغف، والوظيفة، والإنجاز، والقيم والاهتمامات، وخصائص الذكورة والأنوثة، والخلفية الاجتماعية الاقتصادية. ويشتمل هذا المجال على مخططات: **النقص/ الخزى، وعدم المرغوبية الاجتماعية/ الاغتراب** Allination ، **والفشل في التحصيل**؛ وتتضمن هذه المخططات شعور الفرد بالخزى نتيجة الإدراك المتدنى للذات، والاعتقاد بعدم المرغوبية من الآخرين، والضعف في مهارات الحوار، والشعور بالعزلة عن بقية العالم، وعدم الأمان في المواقف الاجتماعية، والشعور بالفشل المحتوم، وعدم الكفاءة في الدراسة أو العمل.

د) قصور التعبير الذاتى؛ ويتمثل في تلك القيود المفرطة التى يضعها الفرد لقمع وتجاهل مشاعره، أو تفضيلاته الحياتية. ويتضمن هذا المجال مخططات : **الخضوع، وقمع الانفعالات**، وهى تعكس استسلام الفرد للتحكم الزائد في قراراته الشخصية وتفضيلاته لتجنب الغضب أو الانتقام أو الهجر، مع إدراك الفرد أن رغباته الشخصية ليست مهمة لدى الآخرين؛ ويصحب ذلك صعوبة مفرطة في التعبير عن المشاعر أو مناقشتها، اعتقاداً من الفرد بأن ذلك سيؤدى إلى فقدان التقدير أو إيذاء الآخرين، أو الإحراج.

هـ) قصور مشاعر البهجة ؛ ويقصد بهذا المجال الإشارة إلى تأكيد الفرد الزائد على العمل والمكانة، والواجب، والمعايير والمسئوليات نحو الآخرين، أو الجوانب السلبية للحياة، وذلك على حساب السعادة وتحقيق المتعة والاهتمام بالصحة والتفاؤل. ويشتمل هذا المجال على مخططات : **التضحية بالذات/ والتحمل الزائد للمسئولية، وعدم توازن المعايير، والسلبية/ التشاؤم.**

وتعكس هذه المخططات التركيز المبالغ فيه على الوفاء باحتياجات الآخرين على حساب مباهج المرء الشخصية، لمنع تعرض الآخرين للأذى، وتجنب الشعور بالذنب، والحصول على التقدير للحفاظ على الصلة مع الآخرين، والمجاهدة للوفاء بتوقعات الآخرين على حساب السعادة والتلقائية والصحة، والتركيز على الجوانب السلبية للحياة (الألم، الإحباط، الصراع، المشكلات التى لا حلول لها، الأخطاء)، مع التقليل من شأن الجوانب الإيجابية.

ز) المحدودية Impaired limits أو العجز؛ ويقصد به صعوبة الوفاء بحقوق الآخرين، أو بالأهداف الشخصية. ويشتمل هذا المجال على مخططات : **التسلط/ التمركز حول الذات، وقصور التحكم الذاتى**، وهى تعكس الإصرار على أن الفرد يجب أن يحصل على كل ما يرغبه دون اعتبار لنظرة الآخرين لما هو ملائم ومعقول، ودائماً ما يتضمن ذلك نوعاً من التحكم الزائد في الآخرين، ونقصاً في التعاطف مع احتياجاتهم، فضلاً عن صعوبة ممارسة الضبط الذاتى، وتحمل الإحباط، أو كبح الفرد لتعبيراته ودفعاته الانفعالية المتزايدة.

ووفقاً لمنحى مخططات يونج، يتعلم الفرد كيفية تشكيل الواقع من خلال توقعاته المبكرة للبيئة. وأحياناً ما تؤدى هذه الخبرات المبكرة إلى قبول الفرد لاتجاهات ومعتقدات، يتضح فيما بعد أنها غير توافقية. وعادة لا يكون الفرد واعياً بهذه المخططات، حيث تظل كامنة إلى أن تستثيرها أحداث الحياة المثيرة للمشقة. وما أن ينشط المخطط حتى يقوم الفرد بعمليات تصنيف وانتخاب وترميز المعلومات بطريقة تجعل مخطط الفشل أو سوء التوافق مستمراً. وبالتالى تؤدى تلك المخططات إلى تشويه الأحداث وترسيخ الرؤية السلبية، وتعزيز الفشل والإحباط.

وتركز المخططات التى يطرحها يونج على أهمية عملية التنشئة الأسرية، وما يحدث خلالها من أخطاء تسهم في اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية، وتدفع لتبنى صيغ معرفية وانفعالية وسلوكية تتسم بالسلبية، سواء على مستوى مهارات التواصل الاجتماعى أو مهارات التوكيد، أو مهارات حل المشكلات، أو مهارات التعامل مع الضغوط، وغيرها من المهارات التى من شأنها أن تقف بمثابة عوامل مهيئة أو مرسبة للاضطرابات النفسية والسلوكيات اللاتوافقية.

وعلى ذلك، فإن مخططات يونج تفسر بشكل واضح تلك العلاقة بين اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية، واللجوء لتعاطى المخدرات وشرب الكحوليات. ويكشف الانتاج الفكرى النفسى عن عدد من النتائج التى تدعم صدق هذه المخططات لعل أبرزها ما يلى :

١ – ما كشفت عنه الدراسات (انظر: أسامة أبو سريع، ١٩٩١، ص ص ١٣٣-١٦٤؛ مصطفى سويف، ١٩٩٢، ص ص ٧١-٨٢؛ Dewit et al., 2000; Mackesy et al., 1999; Villatoro et al., 1998; Smart et al., 1994; Wada & Fukui, 1994) من وجود اقتران واضح بين تعاطى المواد النفسية وسوء التوافق الاجتماعى كما يتمثل في فقدان الرضا عن العلاقات الاجتماعية سواء مع الزوجة أو زملاء العمل أو المجتمع بصفة عامة؛ فالمتعاطون أقل توفيقاً في الزواج، وأكثر وقوعاً في المشكلات مع زملاء العمل، مع شعورهم بكراهية زملائهم لهم، كما تتزايد بينهم نسب البطالة، وترك العمل، وبطء الترقية، والوقوع في مشكلات مع الشرطة أو القانون.

٢ – أن هناك علاقة واضحة بين تبنى استراتيجيات سلبية لمواجهة الضغوط وتعاطى المواد النفسية؛ حيث كشفت الدراسات (see: Wagner et al., 1999;

(Allison et al., 1997) عن أن المتعاطين يتبنون عدداً من استجابات المواجهة تقوم على : الانحراف، والسلبية، والانسحاب، والعدوان.

٣ - ثمة علاقة تتبع مساراً دائرياً لا يتوقف بين المشكلات الاجتماعية للمتعاطين والتعاطى سواء في علاقاتهم الأسرية، أم في علاقاتهم مع أصدقائهم وزملاء العمل. وتؤدى هذه العلاقة إلى انخفاض تقدير الذات (McClannhan & Sullivan, 1995) ، واضطراب شبكة الدعم الاجتماعى لديهم (Lantican & Mayorga, 1993).

٤ - يتسم المتعاطون بنقص القدرة على تحمل الإحباط، ورفض الالتزام بأى قاعدة سلوكية، فضلاً عن العجز عن تأجيل أى استجابة (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص٣٢٩).

٥ - كشفت الدراسات عن أن أحد مبررات التعاطى للمواد النفسية والكحوليات هو وجود متاعب وجدانية (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص ص ٧٥-٧٦) وهو ما دفع الباحثين (see: Lovegoy et al., 1995) إلى إدراج تنمية الدافعية Motivation ، ومواجهة المشاعر السلبية ضمن البرامج العلاجية والتأهيلية للمعتمدين على المواد النفسية.

٤ - نظرية معالجة المعلومات الاجتماعية :

يقدم نموذج معالجة المعلومات الاجتماعية تفصيلا حول كيف يعالج ويفسر الفرد الهاديات في المواقف الاجتماعية، وكيف يصل إلى قرار أكثر أو أقل كفاءة. ويفترض دودج (Dodge,1986) أن الفرد عندما يواجه بمواقف اجتماعية فإنه يقوم بأربع خطوات عقلية قبل أداءه لسلوكيات اجتماعية تتسم بالكفاءة، وهى علي النحو التالى : أ) ترميز الهاديات الموقفية. ب) تمثيل وتفسيرهذه الهاديات. ج) البحث العقلي عن الاستجابات الممكنة للموقف. د) اختيار الاستجابة.

وأثناء الخطوتين الأولى والثانية (الترميزوالتمثيل للهاديات الاجتماعية) يفترض أن يركز الفرد على ترميز هاديات محددة، تساعده في تفسير هذا الموقف، كأن يستدل على نية الآخرين أثناء موقف التفاعل. وفي الخطوتين الثالثة والرابعة يفترض أن يبحث الشخص عن الاستجابات المحتملة للموقف في مخازن الذاكرة طويلة المدى، ثم يقيم هذه الاستجابات، ويختار الاستجابة التي تحظى بأكبر قدر من الرضا. وقد أجرى كريك ودودج (Crick & Dodge,1994) عام ١٩٩٤ تعديلا لهذا النموذج، افترضا بمقتضاه أن الفرد يأتي إلى الموقف الاجتماعى بإمكانات بيولوجية محددة، وقاعدة من المعلومات تحتوى علي الخبرات السابقة في الذاكرة. وهو يستقبل كمدخلات مجموعة من الهاديات الاجتماعية. وتتمثل خطوات إعادة صياغة النموذج فيما يلى : ١- ترميز الهاديات الخارجية والداخلية. ٢- التفسير والتمثيل العقلي لهذه الهاديات. ٣- توضيح أواختيار الهدف. ٤- بدائل الاستجابة. ٥- قرار الاستجابة. ٦- أداء السلوك.

وخلال الخطوتين الأولى والثانية (الترميز، وتفسير الهاديات الاجتماعية) يختار الفرد عمداً هاديات داخلية وموقفية محددة، ثم يرمزها، ومن ثم يفسرها. ويتضمن التفسير واحدا أوأكثر من العمليات التالية : أ) الترشيح، والتمثل العقلي للهاديات الموقفية المخزنة في الذاكرة طويلة المدى. ب) التحليل السببي للأحداث المتضمنة في الموقف (بما في ذلك تقييم مدى تحقق أو عدم تحقق الأهداف المرجوة). ج) استنتاج منظور الآخرين في الموقف (ويشمل العزو السببى للنية). د) تقييم ما إذا كان قد تحقق الهدف في أى تفاعل اجتماعي سابق. هـ) التقييم الدقيق لكل من النتائج المتوقعة، والفعالية الذاتية أثناء التفاعل مع الآخرين في مواقف سابقة (تقييم الأداء القبلي). و) استنتاج ما يتعلق بقيمة التفاعل السابق والحالى بالنسبة للذات (تقييم الذات)، والآخرين (تقييم الآخرين). وقد تتأثر هذه العمليات التفسيرية أو توجه بواسطة قاعدة المعلومات المخزنة بالذاكرة (مثل المخططات والمعارف الاجتماعية). وخلال المرحلة الثالثة، وبعد تفسير الموقف،

يقوم الفرد باختيار نتيجة مرجوة أو مرغوبة للموقف (مثل: تكوين صداقات، أو البقاء بعيداً عن المشكلات)، أو موصلة هدف سابق. ورغم أن الفرد يتجه نحو تحقيق نتائج محددة تتسق مع توجهه وميوله، فإنه قد يراجع هذه الأهداف ويكون أهدافا جديدة للاستجابة للمنبهات الاجتماعية الحالية. وفي الخطوة الرابعة، يفترض الباحثان أن الفرد يبحث في الذاكرة عن استجابات محتملة للموقف أو قد يشكل سلوكيات جديدة للاستجابة للهاديات الاجتماعية الحالية إذا كان الموقف جديداً. وفي الخطوة الخامسة يقيم الفرد الاستجابات السابقة ويختار الاستجابة الأكثر إيجابية لأدائها. ويتضمن هذا التقييم عددا من العوامل تشمل : النتائج المتوقعة بعد استخدام كل استجابة، ودرجة الثقة في القدرة على أداء كل استجابة (الفاعلية الذاتية)، وتقييم مدى ملائمة كل استجابة. وأخيراً وفي الخطوة السادسة يتم الأداء السلوكي للاستجابة التي وقع الاختيار عليها.

وعلى ضوء النموذج الذي قدمه كل من كريك ودودج يمكن تفسير اضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى المتعاطين من خلال الضعف الواضح في الخبرات السابقة الخاصة بهم نتيجة الانخراط المبكر في نشاطات التعاطي، وهو ما يحول دون تكوين قاعدة معلومات تفيد في اختيار الاستجابات الملائمة في الموقف الاجتماعى، كما أن اضطراب الوظائف النفسية لدي المتعاطين وأبرزها الذاكرة يمنع من الاستدعاء الناجح لهذه الخبرات. فقد كشفت الدراسات أن تعاطي المواد النفسية من شأنه أن يعوق وظائف الانتباه والإدراك والذاكرة والتعلم والاستدلال (مصطفى سويف، ١٩٩٦؛ محمد قاسم، ٢٠٠٣، ص ص ٢٦٧-٢٧١ ;Cordosi, 2004)؛ حيث يؤدى اختلال هذه الوظائف إلي الفشل في ترميز وتفسير المتعاطى للهاديات الاجتماعية، والفشل في تحديد الأهداف في الموقف، أو توليد وتقييم الاستجابات المحتملة للموقف على ضوء النتائج المتوقعة، وانخفاض الفعالية الذاتية لأداء الاستجابة، والعجز عن تقييم الاستجابة على أنها إيجابية بالنظر إلى الأهداف والنتائج المتوقعة، وكلها عوامل تسهم في اختلال الأداء وتدعم سوء التوافق في مواقف التفاعل الاجتماعي للمتعاطين.

ورغم أن كريك ودوج أكدا أن الانفعال يُعد مكوناً مهماً في معالجة المعلومات الاجتماعية، فإنهما أقرا بأن دور الانفعال لم يتم توضيحه في النموذج. وقد اقترح كل من ليمرايزوأرسينيو(Lemerise& Arsenio, 2000) نموذجاً متكاملاً يجمع بين عمليات الانفعال ومعالجة المعلومات الاجتماعية. ويوافق الباحثان على أن الفرد يدخل الموقف الاجتماعي بإمكانات بيولوجية محددة وقاعدة من البيانات تشمل خبراته السابقة، والانتباه الانتقائي والإدراك والذاكرة والمعالجة السريعة، وكلها تحدد ما يلاحظه الفرد ويعالجه في الموقف. وتعد الانفعالات إحدى المكونات المهمة في الاستعداد البيولوجي للفرد. ويتباين الأفراد في مستوى الشدة التي يخبرون ويعبرون بها عن انفعالاتهم، وفي المهارات التى ينظمون بها تلك الانفعالات. وترتبط هذه الفروق بين الافراد في الانفعالية والقدرات التنظيمية بالكفاءة الاجتماعية. ويفترض الباحثان أن الانفعالية والقدرة على التنظيم تؤثران على معالجة المعلومات الاجتماعية والانفعالية، واتخاذ القرار في المواقف الاجتماعية. وفى نموذج كريك ودوج لمعالجة المعلومات الاجتماعية، تتضمن قواعد البيانات المخزنة في الذاكرة مجموعة من القواعد المكتسبة، والمعارف والمخططات الاجتماعية. ويستحضر الفرد الخبرات السابقة بما تتضمنه من مكونات انفعالية ومعرفية، بناء على الأحداث أو الهاديات الانفعالية في الموقف. وقد يدخل الفرد الموقف بمستوى مرتفع من الاستثارة كنتيجة لخبرة سابقة مثل: الشعور بالقلق في مواقف التفاعل مع الأقران بسبب حدوث مشكلات مع الوالدين أو التعرض لخبرات النبذ من الزملاء. ويختلف الأفراد أيضاً في مهارات تنظيم الاستثارة أو المزاج، وعادة ما يكون منخفضوا القدرة على التنظيم الانفعالى أكثر استهدافاً لسوء التوافق الاجتماعى. ويفترض الباحثون أن انخفاض القدرة على التنظيم يكشف غالباً عن خلل في معالجة المعلومات الاجتماعية.

وبالرجوع إلي النتائج المستمدة من بحوث واقعية يمكن أن نخلص إلي بعض المتغيرات الوجدانية والمعرفية الأحادية التي لاشك تحد من الكفاءة الاجتماعية للمتعاطين وأهمها في هذا السياق القلق العام، والقلق الاجتماعى، والفعالية الذاتية، وخبرات التعلم السابقة، ومراقبة الذات، والإفصاح عن الذات وهو ما سوف نلقى الضوء عليه في الفصل التالى من هذا الكتاب.

الفصل السابع

بعض العوامل الأحادية المفسرة

لاضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى المتعاطين

محتويات الفصل

- دور العوامل الوجدانية في اضطراب الكفاءة الإجتماعية.
- دور العوامل المعرفية في اضطراب الكفاءة الإجتماعية.
- انخفاض الفعالية الذاتية.
- ضعف خبرات التعلم.
- خلل الوظائف المعرفية التنفيذية.
- اضطراب مفهوم الذات.
- اضطراب الوظائف المعرفي.
- ضعف القدرة على مراقبة الذات.
- ضعف القدرة عن الإفصاح عن الذات.

التفت الباحثون إلى الدور الذي تؤديه العوامل الوجدانية والمعرفية في مهارات الكفاءة الاجتماعية، سواء على مستوى تيسير صدور هذه المهارات بشكل ملائم، أو الحيلولة دون إصدارها بشكل يتسم بالفعالية والكفاءة، رغم وجودها في الرصيد السلوكي للفرد. ومن ثم اتجه الاهتمام إلى محاولة تفسير اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية من مدخل المتغيرات الوجدانية والمعرفية. فقد قدم كران Curran ووسبرج Wessberg (من خلال: أسامة أبوسريع، ١٩٨٦، ص ص ٥٣-٥٤) نموذجاً تخطيطياً، يصنف الأشخاص في أربع فئات حسب مستوى مهاراتهم، ووفقاً للسبب وراء عجز تلك المهارات.

رصيد المهارات الاجتماعية / العوامل الوجدانية والمعرفية (الميكانيزمات الوسيطة)	كفء	غير كفء
ميسرة	أ مستوى مرتفع من المهارة مع ميكانيزمات وسيطة ميسرة.	ب مستوى منخفض من المهارة مع ميكانيزمات ميسرة (فشل أولى)
معوقة	جـ مستوى مرتفع من المهارة مع ميكانيزمات معوقة (فشل ثانوى).	د مستوى منخفض من المهارة مع ميكانيزمات وسيطة معوقة.

(شكل ٣)

نموذج كران ووسبرج للعلاقة بين المهارة الاجتماعية والعوامل الوجدانية والمعرفية

ويشير كران ووسبرج إلى أن أغلب الأفراد غير الماهرين يقعون غالباً في الخلية (جـ). ويرجعان الميكانيزمات الوجدانية المعرفية المعوقة لدى أفراد الخلية (د) إلى افتقاد المهارة الاجتماعية وليس العكس. ويتضح من هذا النموذج، وجود علاقة تفاعلية بين رصيد الفرد من المهارات الاجتماعية، والعوامل

الوجدانية والمعرفية، وهو ما تؤكده الدراسات التى أجريت في هذا المجال. ونعرض لدور كلا النوعين من العوامل فيما يلى :

أولاً : دور العوامل الوجدانية في اضطراب الكفاءة الاجتماعية :

يحظى الدور الذي يؤديه القلق في كف السلوكيات التي تتسم بالكفاءة الاجتماعية، بأهمية تاريخية من خلال أعمال ولبه ونموذجه في الكف التبادلى، الذي يفترض وجود علاقة تبادلية بين القلق والتوكيد؛ فالقلق المرتفع يؤدى إلى كف السلوك المؤكد؛ وبالمثل فإن التوكيد المرتفع يقلل من القلق. ويحدث ذلك من خلال مبدأ الكف التبادلى، والذى يشير إلى أنه إذا أمكن حدوث الاستجابة التى تكف القلق (التوكيد) في وجود المنبهات التى تستثيره، فإن الرابطة بينهما ستضعف. وتقدم دراسات عديدة دعماً واقعياً للدور الذي يفترضه ولبه للقلق في تحديد مستوى السلوك المؤكد، حيث تبين أن الفروق الفردية في القلق من أكثر المتغيرات إسهاماً في التباين على المقاييس السلوكية للتوكيد، وأن التوكيد يرتبط سلبياً بالعصابية (طريف شوقي، ١٩٩٨، ص١٥٨). وإلى جانب القلق العام هناك مفهوم القلق الاجتماعى والذى يشير إلى الشعور بالتوتر والنفور من المواقف الاجتماعية، والخوف من التقييم السلبي من جانب الآخرين. أى أنه ينطوى على عنصرين هما : القلق أثناء التفاعل الاجتماعى مع الآخرين، والتوجس من تقويم الآخرين للفرد، وتوقع أن يكون هذا التقييم سلبياً. ومن شأن ارتفاع مستوى قلق الفرد على هذين الجانبين أن يجعله يسلك على نحو منخفض التوكيد (طريف شوقي، ١٩٩٨، ص١٥٩). فالقلق اجتماعياً يميل إلى الانسحاب، والخجل في المواقف الاجتماعية، وهو يعانى من ضعف واضح في مهارات التواصل اللفظي (التعبير الاجتماعى)، والتواصل غير اللفظى (التواصل بالعين، وإيقاع الصوت أثناء الحوار) (Stranvynski & Amado, 2001, p.121).

ويؤكد بلاك وزملاؤه (Bellack et al., 1997, p.23) هذا المعنى من خلال تقديم نموذج تصوري للعلاقة بين اضطراب المهارات الاجتماعية والقلق الاجتماعى، يتم من خلاله تصنيف الأفراد على ضوء هذه العلاقة، وتحديد احتياجاتهم العلاجية. (انظر الشكل ٤).

القلق الاجتماعى	المهارات الاجتماعية: منخفضة	المهارات الاجتماعية: مرتفعة
منخفض	أ	ب
مرتفع	جـ	د

شكل (٤) العلاقة بين المهارات الاجتماعية والقلق الاجتماعي.

ويتبين من الشكل السابق أن الأشخاص الذين يقعون في الخلية (أ) يمثلون المنخفضين في كل من القلق الاجتماعي والمهارة الاجتماعية، وهم يحتاجون حتماً للبرامج العلاجية والتأهيلية؛ في حين أن من يقعون في الخلية (ب) يمثلون المرتفعين على المهارة الاجتماعية، والمنخفضين في القلق الاجتماعى وهم ليسوا بحاجة لأى برامج علاجية، أما الخلية (ج) فتعرض للأفراد المرتفعين على القلق الاجتماعى، والمنخفضين في المهارة الاجتماعية، وهم بحاجة ضرورية للعلاج حتى يتم التغلب على اضطراب المهارة الاجتماعية لديهم؛ فالتدريب على المهارات الاجتماعية من شأنه أن يساعد في خفض القلق، وزيادة مشاعر الكفاية الذاتية المرتبطة بالكفاءة الاجتماعية. وبالمثل فإن اتباع الاستراتيجيات الخاصة بخفض مشاعر القلق، يمكن أن تكون مهمة عند محاولة تدريب الأفراد على اكتساب مهارات اجتماعية جديدة. وأخيراً توضح الخلية (د) فئة الأفراد

المرتفعين على القلق الاجتماعى، وفى الوقت نفسه لديهم رصيد مرتفع من المهارات الاجتماعية؛ ومثل هؤلاء بحاجة ضرورية لبرامج خفض القلق، كما أن انتظامهم في برامج التدريب على المهارات الاجتماعية قد يكون ضرورياً لتدعيم الكفاءة الذاتية لديهم.

وبالنظر إلى جمهور المتعاطين والكحوليين، نجد أن ثمة دلائل على أنهم يعانون من درجات مرتفعة من العصابية والقلق العام والقلق الاجتماعى. فقد قارن جوسوب وأيزنك مجموعة تتكون من أكثر من ٢٠٠ معتمد على المواد النفسية بمجموعة ضابطة من غير المتعاطين، وأظهرت النتائج أن المعتمدين على المواد النفسية حصلوا على درجات متطرفة الارتفاع على مقياس العصابية، حيث بدا أنهم يعانون من صعوبات وجدانية وتحديداً من القلق والمشاعر الاكتئابية؛ كما تشير مراجعة الإنتاج الفكري النفسي حول الكحوليين إلى وجود مستويات مرتفعة من العصابية لديهم (ميخائيل جوسوب، ٢٠٠٠، ص٤٣٧: مترجم). وتضيف ليندساى (٢٠٠٠، ص١٧٦: مترجم) أن شرب الكحول وتعاطى المواد النفسية يؤدى إلى تفاقم القلق، وأن نحو ٢٠% ممن يعانون من اضطرابات القلق يتعاطون الكحول بإفراط.

وتؤكد دراسة مكورميك وزملائه (McCormick et al., 1998) أن متعاطى المواد النفسية أكثر عصابية من غير المتعاطين، وأن أعلى مجموعات المتعاطين عصابية كانت مجموعتي الكحوليين وذوى التعاطي المتعـــدد. وقد انتهى إلى النتيجة نفســـها عـــدد آخر من الدراســـات (زين العابدين درويش، ١٩٨٤؛ e.g., Krech et al., 1997 ؛ راوية حسين، ١٩٩٥؛ Wajner et al., 1997 ؛ سامى عبد القوى، وإيمان صبرى، ١٩٩٧) من أن المتعاطين أكثر عصابية وقلقاً،

واكتئاباً، وتقلباً في المزاج، وأنهم يتسمون بسمات الشخصية غير المتزنة، ويتصف مزاجهم بالتوتر.

وتكشف نتائج البحوث عن وجود علاقة واضحة بين تعاطي المواد النفسية، وبصفة خاصة الكحوليات والقلق الاجتماعي؛ ففى الدراسة التي أجراها باكوفا ورابوك (Bakova et al, 2001) على ١٠٠ كحولى، تبين أن ١٩% منهم تنطبق عليهم المحكات التشخيصية للقلق أو الرهاب الاجتماعى. كما كشفت دراسة مولير وزملائه (Moeller et al., 2002) والتى أجريت على ١٢٢ كحولياً، عن وجود علاقة دالة بين شرب الكحول والشعور بالكرب، والاكتئاب، والقلق الاجتماعى، والإحساس بعدم الأمان، واضطراب الشخصية؛ كما أوضحت دراسة لويس وأونيل (Lewis & ONeill, 2000) وجود علاقة بين شرب الكحول واضطراب القلق الاجتماعى، والخجل، وانخفاض تقدير الذات، واضطراب الكفاءة الاجتماعية. وقد انتهى إلى النتيجة نفسها عدد آخر من الدراسات (e.g., Wittchen, 2000; Lydiard, 2001; Katzelnick & Greist, 2001; Wilson & Steiner, 2002; Nelson et al., 2002).

وعلى ذلك فإن نسبة غير قليلة من المتعاطين هم من بين المصابين بالقلق الاجتماعى، والذي يصاحبه اضطراب واضح في المهارات الاجتماعية. ووفقاً لنموذج خفض التوتر، فإن المتعاطين يلجأون للتعاطى كوسيلة تخلصهم من الإحساس بالتوتر في المواقف الاجتماعية، وهو ما يعرضهم لمزيد من القلق؛ فقد تبين لأبرامز (Abrams, 2001) أن المشاركين في دراسته من الكحوليين، قد استهلكوا كميات كبيرة من الكحول، وذلك في أعقاب تعرضهم لتحديات ومواقف اجتماعية مثيرة للقلق الاجتماعى، كما أن الكحوليين من ذوى القلق الاجتماعي المرتفع، اتسم نمط اعتمادهم على الكحول بأنه أعلى كثافة وتكراراً (Randall et al., 2001).

وتقدم مثل هذه النتائج وغيرها دعماً وتفسيراً لانخفاض مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى المتعاطين، على ضوء المستوى المرتفع من القلق، وما يترتب عليه من مصاحبات تعوق إصدار أنماط من السلوك تتسم بالمهارة الاجتماعية، وذلك تبعاً لمبدأ الكف التبادلي الذي أشار إليه ولبه.

ثانياً : دور العوامل المعرفية في اضطراب الكفاءة الاجتماعية :

رغم وضوح العلاقة بين القلق ومهارات الكفاءة الاجتماعية، فإن ذلك لا يعني تفرد القلق بالتنبؤ بالسلوك الناجح، خاصة وأنه ذو طبيعة موقفية، ويتشكل وفق مجموعة من المتغيرات المتفاعلة ـ بما فيها القلق ـ والتي يتوقف الوزن النسبي لكل منها على شروط وظروف خاصة؛ ومن ثم فإن تفسير مهارات الكفاءة الاجتماعية لا يقتصر على القلق فحسب، بل يتعداه ليشمل عوامل أخرى (Ibid, p.24) .

ولقد اهتم الباحثون بالدور الذي تلعبه العوامل المعرفية في مهارات الكفاءة الاجتماعية. ويشير بورز Buars (من خلال: طريف شوقي، ١٩٩٨، ص١٦١) إلى أن إدخال الجوانب المعرفية في تفسير السلوك الاجتماعي أسهم بدرجة كبيرة في تطوير علم النفس وجعله أكثر اقتراباً من فهم السلوك بصورة واقعية. وأصبح منحى المعرفة الاجتماعية سائداً الآن في علم النفس الاجتماعي، حيث يتركز اهتمامه على كيفية توظيف منحى معالجة المعلومات الاجتماعية في تفسير السلوك، ومعرفة الطريقة التي تتشكل بها المشاعر والانفعالات من خلال المعنى الذي يضفيه الفرد عليها، وكيف أن الأحداث يتم إدراكها وتفسيرها على ضوء تصورات الفرد ومعارفه الاجتماعية حولها. وضمن هذا الإطار كشفت الدراسات عن وجود علاقة واضحة بين اضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى المتعاطين، وبعض المتغيرات المعرفية وذلك على النحو التالي :

١ - انخفاض الفعالية الذاتية :

تؤدى الأفكار والاتجاهات والمعتقدات دوراً مهماً في الطريقة التي تفسر بها المواقف الاجتماعية، وتختـار بها حلـول المشـكلات. وتشير سبنس (٢٠٠٠، ص٢٧٤: مترجم) إلى أن هناك عديداً من المناسبات التي يكون فيها الشخص قادراً على اختيار وتنفيذ حل مناسب لمشكلة اجتماعية معينة، إلا أنه يتأثر بأفكار ومعتقدات واتجاهات معينة للسلوك بطريقة غير ملائمة، أو بأسلوب غير ناجح؛ فالأفكار غير التوافقية والاتجاهات والمعتقدات السلبية تعمل على كف اختيار الاستجابات المناسبة خلال مواقف الصراع، أو أثناء أداء المهام التي تتطلب تقييماً من جانب الآخرين.

ويؤكد راثجين Rathjen (المرجع نفسه، ص٢٧٥) أهمية المعتقدات غير العقلانية وعمليات التفكير المشوهة (مثل: الإحالات العشوائية، والتضخيم، والإفراط في التعميم، والتفكير ثنائى البدائل، والتفكير المأساوى) في تحديد الاستجابة الاجتماعية، هذا فضلاً عن التقييم الذاتى، والقيم والاتجاهات والتوقعات.

ويشير نيزو وزملاؤه (Nezu et al., 1989, p.31) إلى أن معتقدات الفرد حول قدرته على حل المشكلة تُعد عاملاً مهماً في عملية التوجه نحو المشكلة؛ وبمعنى آخر، فإن توقعات الفرد نحو قدرته على التأثير أو التحكم في موقف المشكلة تؤدى دوراً فعالاً في تحديد استجابته لحل هذه المشكلة. إذ يتطلب حل المشكلة درجة مرتفعة من الثقة في النفس؛ فقد تبين أن الذين فشلوا في حل المشكلات لديهم تقييم سلبى لأنفسهم، وقصور في الفعالية الذاتية؛ كما أن مصدر الضبط لديهم خارجي بما يتضمنه ذلك من عجز عن التحكم في البيئة المحيطة بهم، وما يترتب عليه من ضعف احتمالات صدور استجابات مواجهة تهدف لحل المشكلة. ووفقاً لباندورا فإن الأحكام الشخصية المرتبطة بالقدرة على تنفيذ

سلوكيات محددة تُعد متغيراً وسيطاً بين المشكلة، وإقدام الفرد على إيجاد حلول لها.

وبالرجوع إلى نتائج الدراسات التي أجريت على متعاطين يتبين لنا أن المتعاطين يتسمون بانخفاض الفعالية الذاتية ، ويميلون إلى استخدام استراتيجيات تتسم بالتحاشي عند حل المشكلات الاجتماعية (Myers & Brown, 1993). فتكشف نتائج دراسة هيرك وإليوت (Herrick & Elliot, 2001) عن وجود علاقة سلبية بين الثقة في القدرة على حل المشكلات الاجتماعية، وبصفة خاصة مكون التوجه نحو حل المشكلة ـ وكل من الاكتئاب، والشعور بالكدر، وتعاطى المواد النفسية؛ حيث تبين أن التقييم السلبي لموقف المشكلة من شأنه أن يكف المحاولات التي ترمى إلى حلها. وتؤكد دراسة ستاتيس (States, 2002) ما توصلت إليه دراسة مايرز وبراون من أن الفعالية الذاتية تمثل أهم العوامل ارتباطاً بتعاقي شاربي الكحول؛ وقد انتهى إلى هذه النتيجة دراسات أخرى عديدة (see: Fiorentine & Hillhouse, 2001; Plath, 2002; Ramsey et al., 2002) .

وتدلنا الدراسات أيضاً على أن المتعاطين لديهم مصدر ضبط خارجي (انظر: إيمان البنا، ١٩٩١؛ راوية حسين، ١٩٩٥؛ حسين فايد، ١٩٩٧)، وانخفاضا في قدرتهم على التحكم في السلوك أو ما يسمى بالضبط الذاتي. ويلجأ المتعاطون إلى تعاطي المواد النفسية اعتقاداً منهم بقدرتها على مساعدتهم في مواجهة مشكلات الحياة؛ فقد تبين من بحوث سويف وزملائه (انظر: مصطفى سويف، ١٩٩٩، ص٣٧) أن حوالى ١٠% من متعاطى الأدوية المخلقة يعتقدون بفائدتها، وأن مواجهة المتاعب الوجدانية، ومشاعر الفشل واليأس كانت من بين المبررات الخاصة بالاستمرار في تعاطي المواد النفسية عموماً (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص ص ٧٥-٧٦). وهو ما يؤكد عجز المتعاطين عن حل ما

يعترضهم من مشكلات بالوسائل التوافقية السوية، ولجوئهم إلى وسائل لا توافقية لمواجهة مشاعر الفشل والإحباط .

وعلى ذلك يمكن القول إن متعاطى المواد النفسية يعانون من قصور واضح في الفعالية الذاتية بما يتضمنه ذلك من تبنى معتقدات سلبية، وانخفاض الثقة في القدرة على حل المشكلات ومواجهتها، والعجز عن التحكم في المواقف الاجتماعية. ومن شأن هذه الصورة أن تنعكس على ضعف التوجه لحل المشكلات، ومحاولة صياغتها، ومن ثم إيجاد الحلول الملائمة لها، أو اتخاذ قرارات مناسبة تفضي للتغلب عليها.

٢ – ضعف خبرات التعلم السابقة المرتبطة بحل المشكلات الاجتماعية :

تؤدى خبرات التعلم السابقة دوراً بارزاً في تحديد سلوكيات الشخص إبان موقف حل المشكلة الاجتماعية، وذلك على النحو التالى :

أ) أن خبرة التدعيم أو العقاب على مشكلات مشابهة في الماضى من شأنها أن تحدد أسلوب تعامل الفرد مع مشكلته الحالية.

ب) أن جدة المواقف الاجتماعية، وعدم وجود تشابه بينها وبين مواقف سابقة، تزيد من غموض موقف المشكلة.

ج) أن قصور مواقف التعلم لدى الشخص سواء من خلال التعلم الرمزى، أو الشهودى أو غيرهما من مواقف التعلم الاجتماعى تجعل خبرة الفرد محدودة فيما يطرأ عليه من مشكلات (Nezu et al., 1989, p. 68).

ويتوافر لدينا عدد من الدلائل المقترنة بحقائق تؤكد ضعف خبرات التعلم الاجتماعى المرتبطة بحل المشكلات الاجتماعية لدى المتعاطين ؛ فعلى الرغم من أن الجوانب الاجتماعية الرئيسة تم تعلمها في مرحلة الطفولة، فإن أغلب الرصيد

السلوكي من المهارات المعقدة يتم اكتسابه وتعلمه في مرحلة المراهقة وبدايات الرشد، وهى المرحلة العمرية التى يبدأ فيها التعاطى؛ فقد دلت بحوث سويف وزملائه (انظر: مصطفى سويف، ١٩٩٩، ص٣٥) على أن التعاطى يبدأ غالباً ما بين سن ١٥ سنة، و١٧ سنة، حيث يغلب أن يبدأ المراهق تدخين السجاير، وتعاطى الأدوية النفسية، والمخدرات الطبيعية، وشرب الكحوليات. وقد تكرر ظهور هذه الحقيقة بالنسبة لتلاميذ المدارس الثانوية، والمدارس الفنية المتوسطة، وفى دراسات على شرائح أخرى من المجتمع المصرى. وتشير هذه الحقائق إلى أن تعاطى المواد النفسية في هذه المرحلة العمرية يضعف من دور عمليات التعلم الاجتماعى التي تقوم على إكساب المهارات الحياتية الضرورية، ومنها مهارات حل المشكلات الاجتماعية؛ فالتعاطى يحرم المراهق من السياق الملائم لممارسة ما سبق وأن تعلمه، نظراً لأنه ينعزل تدريجياً عن الحياة الاجتماعية السوية، وبالتالي تقل فرص قيامه بالأدوار الاجتماعية الملائمة، وفرص التواصل الاجتماعى السوى.

وهناك مؤشرات على أن المتعاطين يتعرضون لتنشئة تقوم على النبذ والعنف والضرب، وسوء المعاملة بكل أنواعها، وسيادة نظم من التنشئة الأسرية تقوم على القسوة والنبذ والرفض والتناقض بين القول والفعل، والفوضى؛ وهى متغيرات من شأنها أن تقلل من الفرص المتاحة لتعلم الطرائق الإيجابية اللازمة لإدارة الصراع الاجتماعى (محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٠). وتشير نتائج الدراسات الطولية إلى أن المتعاطين يكشفون عن بعض مظاهر سوء التوافق النفسي الاجتماعى، وينخرطون في كافة أشكال السلوك المناهض للمجتمع، كما يكشفون عن انخفاض ملحوظ في التحصيل الدراسى، وذلك قبيل الانغماس في خبرة التعاطي (الحسين عبدالمنعم، ١٩٩٩)؛ كما ثبت بما لا يدع مجالاً للشك أن الظروف الأسرية غير الملائمة من بين المتغيرات ذات الوطأة الشديدة في تخليق مناخ التعاطى؛ فقد تبين أن ما بين ٨٨% إلى ٩٠% من حالات الجنوح

وتعاطى المخدرات والمسكرات، وممارسة البغاء تكمن بواعثها في السياق الأسرى؛ واتضح أيضاً أن طبيعة الظروف الأسرية لهذه الوبائيات تكاد تكون واحدة (محيى الدين حسين، ١٩٩٨). وإن دلت هذه الحقائق على شئ فإنما تدل على أن السياقات الأسرية المضطربة إنما تفرز أنماطاً سلوكية تتسم بسوء التوافق، وضعف المهارات الخاصة بمواجهة المشكلات، والتعامل معها بأساليب توافقية ناجحة. وتأتى هذه النتائج تأكيدا للدور الذي تؤديه عمليات التعلم الشهودى، والرمزى، وعمليات التنظيم الذاتى في السلوك الإنسانى، وذلك من خلال التفاعل المتبادل بين المحددات المعرفية والسلوكية والبيئية.

ويتطلب التعلم الاستجابة للتأثيرات الخارجية، والقيام بعمليات انتقاء، وتنظيم، وتحويل للمعلومات المتاحة، وإحداث نوع من التكامل والاتساق بين المعلومات الجديدة والخبرات السابقة. وتشير النتائج المستمدة من بحوث علم النفس العصبى إلى أن الكحوليين يعانون من قصور في الانتباه، واضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع، ومن ثم فهم يظهرون عجزاً عن التعلم من خلال مختلف الخبرات، نظراً لضعف التشريط، وانخفاض الحساسية للتعلم، والعجز عن توقع العواقب، لذا فهم أكثر اندفاعاً في مواقف التفـاعل الاجتماعى (Miller & Brown, 1991, p. 19). وفى ظل ذلك تضعف استفادة شاربي الكحول ومتعاطي المواد النفسية من خبرات حل المشكلات السابقة، وتوظيفها لمواجهة المشكلات الراهنة، أو إيجاد صيغ ملائمة لحل المشكلات عموماً، وذات الطابع الاجتماعى منها خصوصاً.

٣ - خلل الوظائف المعرفية التنفيذية :

ترى ليزاك أن الوظائف التنفيذية تسهم في مدى واسع من المهارات العقلية عبر مختلف المجالات المعرفية، وتؤثر في جميع مظاهر السلوك والمهارات

الاجتماعية. ويعرف المصطلح بأنه وظائف الفصوص الجبهية؛ وتتضمن الوظائف التنفيذية أربعة مكونات هى : الإرادة، والتخطيط، والفعل الغرضى، والسلوك الفعال. وتبدأ الوظائف التنفيذية للدماغ، وفقاً لسبوردن، عندما يحاول الفرد حل مشكلة جديدة. وتشتمل تلك العملية على الوعى بالحدود النوعية للمشكلة، وتقييم المشكلة وتحليلها، وصياغة أهداف محددة، وتطوير الخطط السلوكية المطلوبة لحل المشكلة، وتقييم كفاءة هذه الخطط، واختيار خطة محددة لحل المشكلة، وتقييم أى تقدم يحدث في اتجاه الحل، وتعديل الخطة إذا تبين عدم فعاليتها، أو استبدالها بأخرى أكثر فاعلية، ومقارنة النتائج التي نحصل عليها من الخطة الجديدة بنتائج الخطط السابقة، وإنهاء الخطة في حالة حل المشكلة بشكل جيد، وتخزينها واستعادتها مرة أخرى في حال ظهور مشكلة مشابهة (عبدالحميد درويش، ٢٠٠٤، ص ص ٢٢-٢٣).

وتكشف الدراسات عن أن شاربى الكحول المزمنين يكشفون عن تشوهات معرفية تنبئ بوجود إصابات دماغية تنتشر عبر شقي الدماغ، إلا أنها تتركز بشكل أكثر وضوحاً في منطقة الفص الجبهى، ومقدمة الفص الجبهى. وتؤثر هذه الأعطاب على عدد من الوظائف المعرفية التى تختص بها تلك المناطق. ويؤكد الباحثون في علم النفس العصبي، الدور المحوري للفص الجبهى في التحكم في السلوك؛ حيث تعد تلك المنطقة مسئولة عن الحفاظ على الدافعية واستمراريتها، وإرساء الخطط والبرامج المعقدة، والتحكم في تنفيذها؛ ومن ثم فإن اضطرابها يكشف عن أشكال من النشاط تفتقر للدوافع، والتخطيط الموجه نحو تحقيق هدف ما، والتنظيم، فضلاً عن فقد السيطرة على الأفعال بما فيها اللغة، والفقر الواضح في الاستراتيجيات المتبناة لحل المشكلات. ويظهر الكحوليون المزمنون نمطاً من التمادى في الاستجابات، والتصلب المعرفى يرتبط بما يعرف "بنمط شخصية الفص الجبهى"، والذى يتسم بضعف الحساسية للسياق الاجتماعى، والمعايير الاجتماعية، والانخفاض الواضح

في التلقائية، والتخيل، والقدرة على المبادأة، ومراقبة الذات، وتولد اتجاه يتسم باللامبالاة، وعدم الوعى، والتبلد (Wilkinson, 1991, pp. 117-119).

وتوضح دراسة بلوم (Blume, 2001) حدوث اضطراب في الوظائف المعرفية التنفيذية لدى الكحوليين بما تتضمنه من وظائف: الذاكرة، والتخطيط، والتنظيم، والتحكم في الاندفاعات، والقدرة على حل المشكلات؛ وبينت دراسة سوليفان وزملائه (Sullivan et al., 2002) أن هناك عدة اضطرابات عصبية تنشأ عن الشرب المزمن للكحول أبرزها ما لوحظ من اضطراب الوظائف المعرفية التنفيذية، واضطراب المجال البصرى، والتوازن والمشى، وعمليات الذاكرة العاملة اللفظية وغير اللفظية؛ ويضيف الباحثون أن هذه الاضطرابات تحدث في مقدمة الفص الجبهى، والفص الجدارى الأعلى؛ وانتهت دراسة ديمير وزملائه (Demir et al., 2002) إلى وجود اضطراب في الوظائف المعرفية التنفيذية لدى شاربى الكحول المزمنين مصحوب بصفحة نفسية تكشف عن صور من عدم السواء النفسى.

٤ - اضطراب مفهوم الذات :

ينظر باحثو المعرفة الاجتماعية للذات على أنها بناء من المعرفة المنظمة، أو أنها مخطط معرفى يحتوى على كل المعلومات المعروفة عن الذات. وتضم هذه المعلومات كافة الخبرات السابقة، والحالية، والمشاعر، والمعتقدات، والتقييمات الخاصة بالذات، فضلاً عن العناصر المتخيلة للذات. وتبعاً لذلك فإن مخطط الذات يدلنا على الأسلوب الذي يعاين، ويعالج، ويقيم من خلاله الفرد المعلومات، ويتخذ القرارات بشأن السلوكيات المستقبلية (Alden et al., 2001, p.305).

ويعرف مفهوم الذات بأنه نظام من الأفكار والاتجاهات والقيم التى تشكل العالم الداخلى للفرد، أو هو وصف للذات (أسامة الغريب وعبدالحميد درويش، ٢٠٠٦)، ومن ثم فإن له دوراً محورياً في المهارات الاجتماعية عموماً، والسلوكيات المؤكدة خصوصاً؛ فتبنى مفهوم إيجابى عن الذات يُعد من بين

الخصال الأساسية للفرد المؤكد لذاته؛ وفى المقابل فإن تبنى مفهوم سلبى عن الذات يؤدى إلى سلوك منخفض التوكيد. معنى ذلك أن التوكيد قد يكون محاولة للترجمة الفعلية للتصورات الإيجابية أو السلبية عن الذات؛ فمن يدرك نفسه على أنه خجول قد يلجأ إلى أن يسلك على نحو منخفض التوكيد أثناء التفاعل في مواقف المواجهة مع الآخرين (طريف شوقى، ١٩٩٨، ص١٦٨).

وإذا ما وضعنا هذا التصور في اعتبارنا عند دراستنا للمتعاطين والكحوليين، أدركنا أن مفهوم الذات عامل مفسر لكثير من سلوكياتهم، ومنها اضطراب المهارات الاجتماعية، على اعتبار أن مفهوم الذات يمثل انعكاساً لقدر غير قليل من المواقف التى عايشها المتعاطى خلال سنىّ تنشئته، وكافة تفاعلاته السابقة واللاحقة على تعاطى المواد النفسية وشرب الكحوليات، وما تخللها من مظاهر سوء التوافق؛ فقد أجريت دراسات عديدة استهدفت تقييم مفهوم الذات وما يرتبط به من مفاهيم أخرى لدى المتعاطين، وأوضحت النتائج وجود انخفاض واضح لدى المتعاطين في تقدير الذات، والعلاقات الشخصية المتبادلة والعناية بالذات، من شأنه أن يفضى إلى أشكال متنوعة من الاضطراب النفسى، وأهمها القلق والاكتئاب، والانسحاب الاجتماعى (مصرى حنورة، ١٩٩٨).

وفى الدراسة التى أجراها النجار وكلارك (Al Najar & Klark, 1996)، تبين وجود علاقة سلبية دالة بين تعاطى المواد النفسية والدرجة على تقدير الذات. وكشفت دراسة فوكس وجلبرت (Fox & Gilbert, 1994) أن تعرض المعتمدين على المواد النفسية لبعض صور الإساءة البدنية أثناء طفولتهم، ارتبط بارتفاع مستوى الاكتئاب، وانخفاض تقدير الذات لديهم. وأشارت دراسة مككلانهان وسوليفان (McClannhan & Sullivan, 1995) إلى أن المتعاطين يعانون من مشكلات في علاقاتهم الأسرية، وحياتهم العائلية، واضطراب علاقاتهم مع أصدقائهم وزملائهم في العمل، وهو ما أثر بالطبع على انخفاض تقدير الذات لديهم. وفى الدراسة التى أجرتها راوية حسين (١٩٩٥) على عينة من الكحوليين، تبين وجود فروق دالة بين الكحوليين وغير المتعاطين في أبعاد مفهوم الذات، وتقدير الذات وذلك في اتجاه انخفاض هذه الجوانب لدى الكحوليين؛ كما أجرى حسين فايد (١٩٩٧) دراسة على عينة من ذوى التعاطى المتعدد، وقد تبين منها انخفاض تقدير الذات لدى هؤلاء المتعاطين. وتكشف

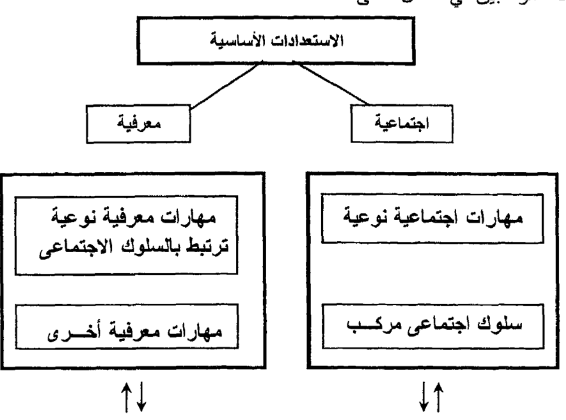
دراسة نج (Ng, 2002) عن أن متعاطى المواد النفسية يعانون من تفكك الذات، بما يتضمنه ذلك من تشوه صورة المتعاطى عن ذاته، وانخفاض سلوكياته الأخلاقية، وانخفاض ثقته بنفسه، وعجزه عن التعبير عن المشاعر، وانعزاله؛ فالتقييم السلبى للذات والعالم المحيط بهم يُعد من المتغيرات التى يتسم بها المتعاطون؛ حيث يشعر متعاطو المواد النفسية بالإحباط والدونية واحتقار الذات، وأنهم غير أكفاء، مما يدفعهم إلى الهرب من هذه المشاعر والتخفيف منها بالسلبية والاعتمادية والانسحاب من المواقف الاجتماعية، والاتجاه نحو مزيد من التعاطي والاستمرار فيه.

ويذهب بلات (Platt, 1986, pp. 148-149) إلى أن الملمح البارز لدى المعتمدين على المواد النفسية هو انخفاض تقدير الذات؛ وأن كل الخصال الملاحظة كاليأس، وضعف نمو الأنا الأعلى، ومشاكل الهوية الجنسية، والعجز عن تحمل الإحباط والقلق، يمكن تفسيرها كانعكاسات لردود الأفعال تجاه الذات السلبية، وآليات التعامل مع انخفاض تقدير الذات. ومن ثم فإن المتعاطى يلتمس المواد النفسية لمساعدته على الإحساس بقيمة الذات، وتبديد المشاعر السلبية التى تتولد عنده.

ويرتبط مفهوم الذات السلبى، وانخفاض تقدير الذات، وتدنى الثقة بالنفس لدى المتعاطين بمظاهر الحوار الداخلى السلبى، وظهور المعتقدات غير المنطقية، وكلها مظاهر معرفية سلبية تؤثر على طبيعة تقويم المتعاطى لذاته، ولأدائه، وإدراكه لسلوك الآخرين، وردة فعله نحوهم، وبالتالى كف الاستجابات المؤكدة، أو التى تتسم بالمهارة الاجتماعية (O'Callaghan & Doyle, 2001). ونتيجة لذلك تنشأ صور من معالجة المعلومات لدى المتعاطين تتسم بالسلبية مثل : العجز عن الاستقلال بما يتضمنه من إدراك الشخص لذاته على أنه عاجز عن الانفصال، ومواصلة الحياة، وتحمل مسئوليات الحياة اليومية، وافتقاد المرغوبية، والشعور بالخزى نتيجة الإدراك المتدنى للذات، والضعف في مهارات الحوار، والشعور بالعزلة عن بقية العالم، وعدم الأمان في المواقف الاجتماعية، والشعور بالفشل المحتوم، واستسلام الفرد للتحكم الزائد في قراراته الشخصية (جيفرى يونج وآخرون، ٢٠٠٢، ص ص ٥٨٣ – ٥٨٩: مترجم).

٥ – اضطراب الوظائف المعرفية :

تركز التوجهات الحديثة على العلاقة بين الوظائف المعرفية والمهارات الاجتماعية. وقد أوضح شاه Shah ووينج Wing (انظر: عبداللطيف خليفة، ١٩٩٧) أن المعالجات الحديثة في تفسير الاضطرابات المعرفية تتم على ضوء علاقتها بالتفاعل الاجتماعى، وبنواحى العجز أو الضعف في هذا التفاعل. وذلك كما هو مبين في الشكل التالى :



(شكل ٥) علاقة القدرة المعرفية العامة بالسلوك الاجتماعي كما حددها شاه ووينج
(نقلاً عن: عبداللطيف خليفة، ١٩٩٧)

وقد أشار هذان الباحثان إلى أن الخلل والقصور في التفاعل الاجتماعى يختلف باختلاف مستوى الذكاء العام؛ فمع انخفاض الذكاء تتزايد صعوبات التفاعل الاجتماعى، والعزلة، وتنخفض القدرة على التخاطب والتواصل مع الآخرين، وتزيد المشكلات الاجتماعية المسؤولة عن العجز عن التوافق الاجتماعى.

وتؤكد دراسة باترسون وزملائه (Patterson et al., 2001) المعني السابق، فقد تبين وجود ارتباط دال بين ضعف الأداء الاجتماعي، والاضطراب المعرفي؛ كما أوضحت دراسة رودولف وكلارك (Rudolph & Clark, 2001) وجود علاقة بين اضطراب الكفاءة الاجتماعية، والتشوه المعرفي، حيث اتضح أن لهذه العوامل أثر على المهارات الاجتماعية، وما تؤدى إليه من علاقات ناجحة أو فاشلة.

وتتوافر دلائل عديدة على اضطراب الوظائف المعرفية التى تشارك في صياغة كثير من أنماط السلوك الاجتماعى لدى المتعاطين؛ فقد كشفت دراسة فالس ستيوارت وشيفر (Fals-Stewart & Schafer, 1992) عن أن متعاطي المواد النفسية يعانون من نقص واضح في وظائف التذكر، والاستدلال التجريدى، وكفاءة حل المشكلات؛ وأشارت نتائج دراسة جوردين وزملائه (Gorden et al., 1988) إلى أن الكحوليين يعانون من اضطرابات نفسية عصبية تظهر في صورة اختلال الاستدلال المجرد، والقدرات البصرية، والبصرية الحركية، ومهارات التعلم، والتذكر، ومهارات حل المشكلات. كما أوضحت دراسات سويف وزملائه وجود تأثيرات ناتجة عن التعاطى طويل الأمد للقنب أبرزها اضطراب دقة الإدراك، والسرعة النفسية الحركية، والقدرة على الحكم والتقدير، والذاكرة قصيرة المدى؛ كما أشارت الدراسات أيضاً إلى أن شاربى الكحول المزمنين يعانون من انخفاض كفاءة الأداء في المهام التى تقتضى عملية مسح شامل للمجال البصرى أو تحليل لحدود المنبهات البصرية (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص١٠٥). وتوضح النتائج بصورة عامة أن المتعاطين يكشفون عن درجة من التدهور العقلى الناتج عن اختلالات في هذه الوظائف بشكل يكاد يماثل التدهور العقلى الذي كشفت عنه نتائج دراسات "بين" وزملائه لدى المرضى العقليين (Souif, 1980, p. 187).

وتكشف لنا هذه الصورة من الاضطراب في الوظائف المعرفية عن بعض أسباب اضطراب المهارات الاجتماعية، والتى تحتاج إلى درجة ملائمة من الذكاء، والاستدلال، والانتباه للهاديات الاجتماعية، وحسن تفسيرها وتأويلها، والإدراك الاجتماعى، والمعالجة المعرفية لما يرد للشخص من معلومات.

٦- **ضعف القدرة على مراقبة الذات :**

قدم سنايدر Snyder هذا المفهوم عام ١٩٧٤، للدلالة على مدى حساسية الشخص وانتباهه للتعبيرات اللفظية وغير اللفظية التى يصدرها الآخرون في مواقف التفاعل الاجتماعى المباشر، واتخاذ هذه التعبيرات كهاديات لتوجيه الكيفية التى يعبر بها الشخص عن ذاته بالشكل الذي يمكنه من اكتساب القبول الاجتماعى لدى الآخرين. ويذكر سنايدر أن الأشخاص المرتفعين في تقدير الذات يتميزون بعدة خصال منها الحرص على أن تكون استجاباتهم متناسبة مع الظروف الموقفية المحيطة، والاهتمام بعقد مقارنات اجتماعية بهدف التحقق من ملاءمة سلوكهم الشخصى بمضاهاته بسلوك وإرجاع الآخرين، والمهارة في تقديم أو عرض الذات في مواقف التفاعل الاجتماعى باستغلال رصيدهم الكفء من مهارات التعبير اللفظى وغير اللفظى في التعبير عن الذات، بالإضافة إلى المرونة والقدرة على تنويع السلوك التعبيرى عبر مختلف المواقف الاجتماعية، وعند التفاعل مع أشخاص تتباين طبائعهم (من خلال: أسامة أبو سريع، ١٩٩٧).

ويرى ماكفال (McFall, 1982) أن القدرة على مراقبة الذات تُعد من المهارات المعرفية اللازمة للاستجابة الاجتماعية، حيث يتطلب ذلك انتباه الشخص لسلوكه الشخصى، وإدراك نتائج التفاعل بصورة صحيحة. وتشير نتائج بعض الدراسات إلى قصور القدرة على مراقبة الذات لدى المتعاطين؛ فقد كشفت دراسة أوكالاجهان ودويل (O'Callaghan & Doyle, 2001) عن أن المتعاطين أضعف في مراقبة الذات من غير المتعاطين؛ ولعل ذلك ما يفسر اضطراب المهارات الاجتماعية لديهم؛ حيث يفشل المتعاطون في الحصول على عائد من سلوكهم على نحو معين، وذلك نتيجة لضعف قدرتهم على مراقبة ذاتهم، وعجزهم عن تفسير التواصل اللفظى وغير اللفظى أثناء التفاعل مع الآخرين، وعجزهم عن ضبط اتجاه ومحتوى التفاعل الاجتماعى، فضلاً عن انخفاض حساسيتهم ووعيهم بما يفعلونه؛ ولذلك فإن تفاعلاتهم الاجتماعية تأتى فاشلة وتفتقر إلى الكفاءة والمهارة.

٧- ضعف القدرة عن الإفصاح عن الذات :

يعرف الإفصاح عن الذات، بأنه قدرة الشخص واستعداده للكشف عن معلومات وخبرات شديدة الخصوصية لطرف آخر في مواقف التفاعل الاجتماعى، إما بوسائل التعبير اللفظى أو التعبير غير اللفظى كالإيماءات والتواصل بالعين والابتسام وتعبيرات الوجه وطبقة الصوت ووضع الجسم. ويشمل هذا التعبير المشاعر والأسرار الشخصية والميول وأحداث الماضى وأمنيات المستقبل (أسامة أبو سريع، ١٩٩٧). وللإفصاح عن الذات عدة وظائف منها القدرة على التعبير والتوضيح وتنمية العلاقات الاجتماعية مع الآخرين والضبط الاجتماعى، وتمكين الفرد من ممارسة ضبط أكبر على سلوكه وسلوك الآخرين في مواقف التفاعل (عبداللطيف خليفة، ١٩٩٧).

وتكشف دراسة نج (Ng, 2002) عن أن متعاطى المواد النفسية يفتقرون إلى القدرة على التعبير عن المشاعر، وهو ما اكدته نتائج دراسة أسامة الغريب (٢٠٠٣)، فقد تبين وجود انخفاض واضح في مهارات التعبير الاجتماعي، ومهارات التعبير عن المشاعر بحرية انفعالية لدى المتعاطين.

هذا ما يخص العوامل الوجدانية والمعرفية الأحادية المفسرة لاضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى المتعاطين. وكما هو واضح فقد تم التركيز على مجموعة المتغيرات ذات الصلة المباشرة بمهارات الكفاءة الاجتماعية، أى المتغيرات التي تحد أو تعطل من ظهور هذه المهارات بشكل مناسب في المواقف الاجتماعية.

الفصل الثامن

الكفاءة الاجتماعية لدى المعتمدين على المواد النفسية المتعددة والكحوليين: نموذج لدراسة ميدانية

محتويات الفصل

- أهداف الدراسة.
- مشكلات الدراسة.
- فروض الدراسة.
- المنهج والتصميم التجريبي.
- التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة.
- اجراءات البحث: عينات البحث، وأدوات البحث.
- ظروف واجراءات التطبيق.
- خطة التحليل الاحصائي للبيانات.

أهداف الدراسة :

تتناول الدراسة الراهنة متغير الكفاءة الاجتماعية من خلال عدد من المؤشرات التى اتفق عليها معظم الباحثين وهى : التواصل اللفظى وغير اللفظى، وتوكيد الذات، وحل المشكلات الاجتماعية، فضلا عن التوافق النفسى والاجتماعى بوصفه المحصلة النهائية للكفاءة الاجتماعية.

ومن ثم تسعى الدراسة الراهنة إلى تحقيق الأهداف الأربعة التالية :

١ - الكشف عن بعض مظاهر اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى عينة من ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين.

٢ - الكشف عن الفروق بين ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين، ثم بين كل مجموعة منهما على حدة، ومجموعة ضابطة من غير المتعاطين. في مهارات الكفاءة الاجتماعية.

٣ - الكشف عن أكثر متغيرات الكفاءة الاجتماعية تمييزاً بين المتعاطين وغير المتعاطين من جهة؛ وبين ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين من جهة أخرى.

٤ - الكشف عن إسهام متغيرات توكيد الذات، والتواصل الاجتماعى، وحل المشكلات الاجتماعية في التنبؤ بالتوافق النفسى الاجتماعى لدى عينات الدراسة.

مشكلات الدراسة :

تتحدد مشكلات الدراسة في محاولة الإجابة عن الأسئلة الأساسية والفرعية الآتية

١ - هل هناك مؤشرات أو مظاهر دالة علـى اضـطراب مهـارات الكفـاءة الاجتماعية لدى ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين؟ وما أهم هذه المظاهر؟.

وللإجابة عن السؤال السابق، يتعين الإجابة عن الأسئلة الفرعية التالية:

أ) هل هناك فروق جوهرية بين مجموعة التعاطى المتعدد والمجموعة الضابطة من جهة، ومجموعة الكحوليين والمجموعة الضابطة من جهة ثانية في متوسطات الدرجات على استخبار توكيد الذات ومكوناته الفرعية؟.

ب) هل هناك فروق جوهرية بين مجموعة التعاطى المتعدد والمجموعة الضابطة من جهة، ومجموعة الكحوليين والمجموعة الضابطة من جهة ثانية في متوسطات الدرجات على استخبار التواصل الاجتماعى ومكوناته الفرعية ؟.

ج) هل هناك فروق جوهرية بين مجموعة التعاطى المتعدد والمجموعة الضابطة من جهة، ومجموعة الكحوليين والمجموعة الضابطة من جهة ثانية في متوسطات الدرجات على اختبار حل المشكلات الاجتماعية ومكوناته الفرعية ؟.

د) هل هناك فروق جوهرية بين مجموعة التعاطي المتعدد والمجموعة الضابطة من جهة، ومجموعة الكحوليين والمجموعة الضابطة من جهة ثانية في متوسطات الدرجات على استخبار التوافق النفسى الاجتماعى؟.

٢ – هل توجد فروق جوهرية بين مجموعة التعاطى المتعدد ومجموعة الكحوليين في المؤشرات أو المظاهر الدالة على اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية؟.

وللإجابة عن السؤال السابق، يتعين الإجابة عن الأسئلة الفرعية التالية:

أ) هل توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعة التعاطى المتعدد ومجموعة الكحوليين في متوسطات الدرجات على استخبار توكيد الذات ومكوناته الفرعية؟.

ب) هل توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعة التعاطى المتعدد ومجموعة الكحوليين في متوسطات الدرجات على اختبار التواصل الاجتماعى ومكوناته الفرعية؟.

ج) هل توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعة التعاطى المتعدد ومجموعة الكحوليين في متوسطات الدرجات على اختبار حل المشكلات الاجتماعية ومكوناته الفرعية؟.

د) هل توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعة التعاطى المتعدد ومجموعة الكحوليين في متوسطات الدرجات على استخبار التوافق النفسى الاجتماعى؟.

٣ – ما أكثر المتغيرات تمييزاً بين المتعاطين وغير المتعاطين في اضطراب الكفاءة الاجتماعية ؟.

٤ – ما حجم الإسهام النسبى لمتغيرات توكيد الذات، وحل المشكلات الاجتماعية، والتواصل الاجتماعى في التنبؤ بالتوافق النفسى الاجتماعى (باعتباره المحصلة النهائية للكفاءة الاجتماعية) لدى مجموعات الدراسة ؟.

فروض الدراسة :

١ – تضطرب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين؛ ويتجلى ذلك بوضوح في التالى :

أ) الانخفاض الدال في مختلف مكونات توكيد الذات لدى ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين، بالمقارنة بغير المتعاطين.

ب) الانخفاض الدال في الجوانب المختلفة لمهارات التواصل الاجتماعى لدى عينة ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين، بالمقارنة بعينة غير المتعاطين.

ج) الانخفاض الدال في مهارات حل المشكلات الاجتماعية لدى عينة ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين، بالمقارنة بعينة غير المتعاطين.

د) الانخفاض الدال في الدرجة على استخبار التوافق النفسى والاجتماعى لدى ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين، بالمقارنة بغير المتعاطين.

٢ - هناك فروق جوهرية في درجة الكفاءة الاجتماعية (كما تقاس من خلال اختبارات توكيد الذات، والتواصل الاجتماعي، وحل المشكلات الاجتماعية، والتوافق النفسي الاجتماعى) بين ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين، وذلك في اتجاه الارتفاع النسبى في درجة الكفاءة الاجتماعية لدى الكحوليين بالمقارنة بذوى التعاطى المتعدد للمواد النفسية.

٣ - تتباين مهارات الكفاءةالاجتماعية فيما بينها من حيث قوتها التمييزية بين المتعاطين وغير المتعاطين؛ وبين ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين.

٤ - يتفاوت الإسهام النسبى لمتغيرات توكيد الذات، والتواصل الاجتماعى، وحل المشكلات الاجتماعية في التنبؤ بالتوافق النفسى الاجتماعى (باعتباره الناتج الأخير للكفاءة الاجتماعية) بتفاوت مجموعات الدراسة.

المنهج والتصميم التجريبي:

يدخل البحث الراهن ضمن البحوث شبه التجريبية المقارنة؛ حيث يمكننا تحديد الفروق القائمة بين كل من ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين من جهة، وغير المتعاطين من جهة ثانية، في مهارات الكفاءة الاجتماعية، وذلك من خلال تصميم بحثى يقوم على وجود مجموعتين من المشاركين (إحداهما ضابطة) تختلفان فيما بينهما في المتغير المستقل والمتمثل في تعاطى المواد النفسية

وشرب الكحوليات؛ ويتم المقارنة بين المجموعتين في الأداء على بطارية الاختبارات النفسية الخاصة بمهارات الكفاءة الاجتماعية (المتغير التابع)، وذلك بعد ضبط بعض المتغيرات الدخيلة التى يتوقع أن تؤثر على متغيرات الكفاءة الاجتماعية، وبالتالى تقلل من صدق النتائج

التعريف الإجرائى لمتغيرات الدراسة :

أ) **مقدار الكفاءة الاجتماعية** : ويعرف إجرائياً بأنه مجموع الدرجات التى يحصل عليها المشارك على بطارية اختبارات مهارات الكفاءة الاجتماعية، والتى تشمل ما يأتى: توكيد الذات، وحل المشكلات الاجتماعية، ومهارات التواصل الاجتماعى، والتوافق النفسى والاجتماعى؛ وتعكس الدرجة المرتفعة علي هذه المقاييس مدى تحقيق الفرد لقدر ملائم من الفعالية والرضا في مختلف مواقف التفاعل الاجتماعى مع الآخرين، والعكس صحيح بالنسبة للدرجة المنخفضة.

ب) **اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية** : ويعرف إجرائياً بأنه التغير الكمى الذي يطرأ على مختلف مهارات الكفاءة الاجتماعية في اتجاه النقصان، وبما يعكس صور الاختلال التى تتعرض لها تلك المهارات، وذلك بتأثير تعاطى المواد النفسية. ويمكن رصد مظاهر هذا الاضطراب من خلال تحليل درجات الأداء على بطارية الاختبارات المعدة لقياس مهارات الكفاءة الاجتماعية.

ج) **التعاطى المتعدد للمواد النفسية** : ونقصد به إجرائياً ذلك النمط من التعاطى المنتظم (الاعتماد) لثلاث مواد نفسية على الأقل (ليس من بينها الكافيين والنيكوتين) وذلك لمدة لا تقل عن اثنى عشر شهراً.

د) **الكحولية** : وتعرف إجرائياً بأنها ذلك النمط من الاعتماد على الكحوليات، والذى يكشف عن عجز الشخص أو رفضه الانقطاع أو تعديل الشرب، مع ظهور أعراض الانسحاب في حال الانقطاع عن الشرب.

إجراءات البحث :

١ – عينات البحث :

يعتمد التصميم شبه التجريبى الذي سحبت على أساسه عينات هذا البحث على إحداث التكافؤ النسبى بين المجموعات محل الدراسة على أساس المضاهاة أو التناظر فيما بينها على عدد من المتغيرات الدخيلة التى يتوقع أن يؤدى عدم ضبطها إلى تداخلها مع نتائج الأداء على بطارية الاختبارات المستخدمة مثل: العمر، والذكاء، والمستوى التعليمى، والجنس، والمستوى الاجتماعى الاقتصادى، والمرض العقلى.

وبناءً على ذلك أجريت الدراسة على ٣١٤ مشاركاً موزعين على النحو الآتى:

أ) **المجموعتان التجريبيتان**: وتكونتا من (١٥٧) معتمداً على المواد النفسية، منهم (١٠٠) مائة يمثلون مجموعة التعاطى المتعدد للمواد النفسية (هيروين، وحشيش، وبانجو، وأدوية نفسية، وكحوليات)، و(٥٧) سبعة وخمسون يمثلون مجموعة الكحوليين. وقد روعى في اختيارهم الشروط والمحكات التالية :

١ – أن يتم تشخيصهم من قبل أطباء نفسيين على أنهم معتمدون على المواد النفسية.

٢ – أن تنطبق على المشاركين في المجموعتين التجريبيتين محكات التعاطى المتعدد المنتظم، والاعتماد على الكحوليات.

٣ – أن يكون المتعاطون قد أنهوا فترة الأعراض الإنسحابية ــ بناء على تقرير الطبيب النفسى المعالج ــ سواء أكانوا من بين نزلاء المستشفيات المذكورة أم من المترددين على العيادات الخارجية.

٤ – ألا يكون المتعاطون تحت تأثير أى من العقاقير الطبية النفسية، أو كل ما من شأنه أن يؤثر على الحالة المزاجية والانفعالية والمعرفية للمريض، وذلك أثناء تطبيق بطارية الاختبارات.

هذا بالإضافة إلى بعض المحكات والشروط النفسية الخاصة بالضبط، وإحداث التكافؤ بين المجموعتين التجريبيتين، والمجموعتين الضابطتين، والتى سترد في فقرة تالية من هذا الفصل.

ب) **المجموعتان الضابطتان** : وتكونتا من (١٥٧) مشاركاً راشداً سوياً، موزعين على مجموعتين، إحداهما تتضمن (١٠٠) مائة مشارك والأخرى تشتمل على (٥٧) سبعة وخمسين مشاركاً؛ وجميعهم لم يكن يشكو من أى اضطراب نفسى، أو أى إصابات عضوية، أو أمراض جسمية خطيرة، كما لم يسبق لأى منهم تعاطى أية عقاقير نفسية، وإن كان من بينهم من يدخن السجائر.

وفيما يلى نقدم وصفاً للخصائص الأساسية لهذه العينات، وأهم المتغيرات التى روعى ضبطها، بإحداث نوع من التكافؤ فيها بين المجموعتين التجريبيتين، والمجموعتين الضابطتين.

ــ **الجنس** : تم اختيار عينات البحث من الذكور فقط، وذلك لاعتبار عملى يتمثل في أن معظم المتعاطين الذين يخضعون للعلاج في العيادات والمستشفيات من الذكور، وهو ما من شأنه أن ييسر الحصول على العينات المطلوبة في البحث.

- **العمـــر** : تراوح المـــدى العمرى للعينة الإجمالية (٣١٤ مشاركاً) ما بين ٢٠-٤٥ سنة، وذلك لتلافى التقلبات الوجدانية المرتبطة بالمراهقة في الأعمار الصغيرة، بالإضافة إلى تجنب الآثار المترتبة على الشيخوخة والتقدم في العمر، وما يصحبه من عزلة وانسحاب (أسامة أبو سريع، ١٩٨٦، ص٩٢). وقد بلغ متوسط العمر لعينة المعتمدين على المواد النفسية المتعددة ٢٨.٠٦ بانحراف معيارى ٥.٦٤ بينما بلغ في عينة الكحوليين ٣٢.٦٥ بانحراف معيارى ٦.٥٧ ، وفي العينتين الضابطتين بلغ العمر ٢٧.٦١ و ٣٠.٨٨ بانحراف معيارى ٥.٠٧ و ٦.٢٤ على التوالى.
- **المستوى التعليمى** : اشترط عند سحب عينات البحث، حصول المشاركين على الشهادة الإعدادية كحد أدنى، وذلك لضمان قدرتهم على قراءة وفهم التعليمات وبنود الاختبار.
- **متغير الذكاء** : كان من الضرورى عزل تأثير متغير الذكاء لاعتبارين مهمين، أولهما: أنه يكفل درجة أكبر من الاطمئنان إلى قدرة المشارك على التعامل مع أداة البحث إذا أمكن استبعاد ذوى نسب الذكاء المنخفضة. وثانيهما : ما يمكن أن يكون للذكاء من تأثير على مهارات الكفاءة الاجتماعية (المرجع نفسه). ولذا كان من الضرورى أن يحصل المشارك على درجة موزونة على أى اختبار من اختبارات الفهم والمتشابهات (ذكاء لفظى) أو رسوم المكعبات ورموز الأرقام (ذكاء عملى)، لا تقل عن ٧ درجات موزونة، والتى تمثل القدر المتوسط من الذكاء العام.
- **متغير المرض العقلى** : حرص الباحث على عزل تأثير هذا المتغير، نظراً لما تبين من وجود علاقة بين المرض العقلي، واضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية (محمد نجيب الصبوة، ١٩٩٢؛ أسامة أبو سريع،

(Monti & Finegret, 1987;١٩٨٦)، الأمر الذي من شأنه أن يحدث نوعاً من التداخل مع النتائج التى سنحصل عليها. لذا تم التأكد من أن جميع أفراد العينة ليسوا من بين المرضى العقليين أو العضويين، أو ممن سبق لهم الخضوع للعلاج بإحدى المصحات النفسية.

٢ – أدوات البحث :

كان من الضرورى قبل التقدم لاختبار فروض البحث، إعداد أدوات ملائمة لقياس مهارات الكفاءة الاجتماعية، تتناسب مع التصور النظرى لهذا المفهوم، وتتلائم بنودها مع طبيعة الثقافة المصرية، على أن تتوفر لها الشروط السيكومترية بدرجة تسمح بالاعتماد عليها. وقبل الشروع في هذا المطلب، وضع الباحث عدداً من الاعتبارات، حاول أن يراعيها وهو بصدد إعداد استخبارات الدراسة لعل أهمها ما يلى :

أ) أن تغطى هذه الاختبارات عدداً من المتغيرات والمهارات المهمة الدالة على الكفاءة الاجتماعية انطلاقاً من التعريف الذي صاغه الباحث (انظر الفصل الثانى) لهذا المفهوم، باعتباره متعدد المستويات والمؤشرات، ويتضمن عديداً من المظاهر والتى من أبرزها : مهارات التواصل الاجتماعى، وتوكيد الذات، وحل المشكلات الاجتماعية، والتوافق النفسى الاجتماعى.

ب) روعى أن تتنوع المؤشرات موضع الاهتمام لتشمل مؤشرات تحظى باتفاق واهتمام الباحثين، كما تكشف عن ذلك الدراسات السابقة، بهدف إلقاء الضوء على أوجه الاتفاق والتعارض بين نتائج تلك الدراسات ــ والتى أجرى معظمها في مجتمعات غربية ــ وما يمكن أن يسفر عنه البحث الراهن من نتائج بهدف استيضاح مظاهر اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى المتعاطين في المجتمع المصرى. كما حرص الباحث على تضمين مؤشرات

لم تلق العناية الكافية، وذلك بهدف اختبار بعض الرؤى النظرية التى ألمحت إلى اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى المتعاطين، دون تحـديد دقيق لأى المهارات تتعرض للاضطراب قبل الأخرى، أو ما إذا كانت هناك مهارات لا تتعرض للاضطراب؛ وهو ما من شأنه أن يمهـد لإجراء دراسات تالية تتناول هذه المؤشرات في علاقتها بالتعاطى لدى أنماط مختلفة من المتعاطين.

ج) أن يتناسب مضمونها مع طبيعة أنماط الكفاءة الاجتماعية في سياق الثقافة المصرية. ولهذا فضل الباحث تصميم اختبارات جديدة لمهارات : توكيد الذات، وحل المشكلات الاجتماعية، والتوافق النفسى والاجتماعى، وذلك بدلاً من الاعتماد على الاختبارات الأجنبية، أو بعض الاستخبارات العربية المتاحة - لاعتبارات سيرد ذكرها - في حين تم الاستعانة بأحد الاستخبارات المترجمة والمقننة في البيئة العربية لقياس مهارات التواصل الاجتماعى.

د) دراسة الخصائص السيكومترية للاختبارات المستخدمة، والتأكد من أنها تتسم بقدر مقبول من الصدق والثبات، لتلافى أوجه القصور التى اكتنفت بعض الاختبارات والمقاييس التى استخدمت في دراسات سابقة (أسامة أبو سريع، ١٩٩١، ص١٥٧).

وفيما يلى نعرض لبطارية الاختبارات التى تم استخدامها في هذا البحث، لتكون بمثابة مؤشرات للكفاءة الاجتماعية.

١- اختبار حل المشكلات الاجتماعية (من إعداد الباحث).

تكون اختبار حل المشكلات الاجتماعية من ٥٤ بنداً تقيس مهارات حل المشكلات الاجتماعية من خلال خمسة مقاييس فرعية، وذلك على النحو التالى :

- مقياس **التوجه نحو المشكلات الاجتماعية** : ويقيس هذا البُعد حساسية الفرد لمشكلات الحياة، ومدى تأثره بالحالة الانفعالية عند مواجهة أية مشكلة، ودافعيته في القيام بمحاولات عديدة لمواجهة المشكلة، وقدرته على تحديد بعض العوامل التى من شأنها أن تيسر حل المشكلة.
- مقياس **تحديد المشكلة الاجتماعية وصياغتها**: ويكشف هذا البُعد عن كفاءة الفرد في التعامل مع الحقائق والمعلومات المتاحة عن المشكلة، وصياغة المشكلة بصورة واضحة تخلو من الغموض، وتحديد المعلومات ذات الصلة بالمشكلة، ووضع مجموعة من الأهداف الواقعية لحلها، وتحديد العوامل والظروف التى تمكن من هذا الحل.
- مقياس **توليد بدائل الحل للمشكلة الاجتماعية** : ويقيس هذا البُعد قدرة الفرد على إنتاج أكبر عـــدد ممكن من الحلول والأفــكار التى تمكن من التغلب على المشكلة.
- مقياس **اتخاذ القرار**: ويقيس هذا البُعد كفاءة الفرد في اختيار الحل الملائم للمشكلة، ومدى نجاحه في التعامل مع مجموعة الاعتبارات التى تؤثر في الحكم على ملاءمة حل محدد للمشكلة مثل : المكاسب والخسائر المترتبة على حل معين، أو إيجابيات وسلبيات بدائل كل حل.. وما إلى غير ذلك.
- مقياس **تنفيذ الحل والتحقق منه** : ويستهدف هذا البُعد قياس كفاءة الفرد في تنفيذ حل المشكلة، وملاحظة النتائج المترتبة على تنفيذ الحل، وتقييم كفاءة الحل، وتقييم الدعم الذاتى المتمثل في حل المشكلة.

٢ – استخبار السلوك التوكيدى (من إعداد الباحث) :

تكون استخبار السلوك التوكيدى من ٤٣ بنداً تقيس خمس مهارات أساسية وذلك على النحو التالى :

أ) مقياس الاحتجاج أو الرفض في مقابل الإذعان : ويعكس القدرة على إظهار الاحتجاج، ورفض المطالب غير المناسبة للآخرين، في مختلف مواقف التفاعل الاجتماعى.

ب) مقياس الاستقلال في مقابل الاعتماد : ويقيس القدرة على تحمل المسئولية من دون الاعتماد على الآخرين، مع مد جسور التعاون معهم؛ ومن مؤشراته عدم خضوع الفرد لضغوط الجماعة، والتى ترمى لإجباره على تبنى وجهات نظر ما أو الإتيان بأفعال معينة رغم إرادته.

ج) مقياس المواجهة الاجتماعية : ويعبر عن قدرة الفرد على الاختلاف مع الآخرين، والمصارحة بالرأى، وطلب تفسيرات، والاعتذار العلنى للآخرين حينما يرتكب خطأ ما في حقهم.

د) مقياس الدفاع عن الحقوق الخاصة : ويقيس قدرة الفرد على التمسك بحقوقه الخاصة، وعدم السماح للآخرين بانتهاك خصوصياته.

هـ) مقياس التعبير عن المشاعر بحرية انفعالية : ويقيس قدرة الفرد على التعبير عن مشاعره بحرية انفعالية ما دامت تخلو من العيب والحرام؛ ومن مؤشرات ذلك التعبير عن الغضب عند التعرض للإهانة، والتعبير عن الحب لشخص عزيز، أو الشكوى من أشخاص تربطنا بهم علاقات قوية.

٣ - **استخبار التواصل الاجتماعى** : (تأليف رونالد ريجيو وترجمة محمد السيد عبدالرحمن)

وفيما يلى نقدم وصفاً للأبعاد الستة لهذا الاختبار :

- **البعد الأول:** التعبير الانفعالى : ويقيس هذا البعد المهارة التى بها يتواصل الأفراد بطريقة غير لفظية، وبصفة خاصة في إرسال التعبيرات الانفعالية. ويتضمن هذا البعد أيضاً التعـبيرات غير اللفظـية المرتبطة بالاتجاهات والميول والتوجهات بين الأشخاص، كما يعكس القدرة على التعبير الدقيق لما يشعر به الفرد من تغير في حالته الانفعالية.
- **البعد الثانى:** الحساسية الانفعالية : ويقيس هذا البُعد مهارة استقبال وتفسير التواصل غير اللفظى مع الآخرين.
- **البعد الثالث:** الضبط الانفعالى : ويقيس القدرة على ضبط وتنظيم ما يظهر للآخرين من تعبيرات انفعالية أو غير لفظية. ويتضمن الضبط الانفعالى القدرة على توصيل انفعالات جزئية خلال الأدوار التى يقوم بها الفرد، وإخفاء مشاعره خلف قناع مفترض كالضحك على نحو مناسب على نكتة أو كظم الغيظ عند التعرض لمواقف مؤسفة.
- **البعد الرابع** : التعبير الاجتماعى : ويقيس المهارة في التعبير اللفظى، والقدرة على إشراك الآخرين أو الاشتراك معهم في المحادثات الاجتماعية. والدرجة المرتفعة على هذا المقياس تدل على قدرة الفرد على التأثير اللفظى في الآخرين.
- **البعد الخامس** : الحساسية الاجتماعية : ويقيس القدرة على تفسير التواصل اللفظى أثناء التفاعل مع الآخرين؛ كما يقيس الحساسية لفهم المعايير التى تحكم السلوك الاجتماعى.
- **البعد السادس** : الضبط الاجتماعى : ويقيس القدرة على أداء الدور والتقديم الذاتى للمجتمع.

٤ – استخبار التوافق النفسى والاجتماعى : (من إعداد الباحث)

تكون استخبار التوافق النفسى والاجتماعى من ١٨ بنداً تعكس عدداً من المظاهر الدالة على التوافق مثل: الرضا عن العمل، والعلاقات مع الأصدقاء، والعلاقات الأسرية، والميول والنشاطات والهوايات، والوضع المالى، والتخطيط للمستقبل.

٥ – استمارة البيانات الشخصية : (من إعداد الباحث)

وتشتمل على عدد من الجوانب نعرض لها وذلك على النحو التالى :

- البيانات الديموجرافية، وتشمل تاريخ الميلاد، والحالة الاجتماعية والمهنة، والمستوى التعليمى .
- الحالة الصحية، وتتضمن أسئلة عن الإصابة بأمراض جسمية، واضطرابات نفسية.
- تدخين السجائر، والعمر عند بداية التدخين.
- تعاطى المخدرات والكحوليات والأدوية النفسية، وبدء التعاطى، والانتظام في التعاطى، وعدد مرات التعاطى، والتعاطى المتعدد، والمدة التى جمع فيها الشخص بين تعاطى أكثر من مادتين .
- التوقف عن التعاطى، ومدة التوقف، وأسباب ذلك.
- العلاج الطبى والنفسى من الإدمان.

ظروف وإجراءات التطبيق :

١ – كان التطبيق يتم من خلال إجراء مقنن، يتم فيه التعارف إلى المشاركين، وتكوين علاقة تسمح بتعاون ممكن من جانبهم، بعدها يتم شرح الهدف من البحث الراهن، وتوضيح أهمية مشاركتهم وتعاونهم في الإجابة عن بنود الاختبارات التى سوف تقدم لهم. كما قام القائمون على التطبيق بتأكيد أن

المشاركة في هذا البحث اختيارية، وذلك ضماناً للدافعية. جدير بالذكر بأن هؤلاء المشاركين تم ترشيحهم من جانب الأطباء المعالجين، وبناءً على استيفاء عدد من المحكات الخاصة بالتعاطى المتعدد، والكحولية.

٢ – قبل البدء في تطبيق الاختبارات الأساسية للدراسة، كان يتم تطبيق بطارية الاختبارات المتصلة بضبط متغيرات البحث. وهى بطارية مختصرة من مقياس وكسلر لذكاء الراشدين، وذلك لاستبعاد المبحوث أو ضمه إلى عينة البحث بناء على ما حصل عليه من درجات.

٣– كان يتم تطبيق بطارية الاختبارات في جلسة واحدة تتخللها فترة راحة تراوحت مدتها من ١٠–١٥ دقيقة تفصل بين تطبيق بطارية مقياس وكسلر لذكاء الراشدين، وتطبيق بطارية الاختبارات المستخدمة في البحث الراهن.

٤ – تم التطبيق بالنسبة للعينتين التجريبيتين في داخل بعض المستشفيات والمصحات النفسية.

٥ – تم شرح التعليمات الخاصة بالإجابة عن كل اختبار بشكل تفصيلى، وتم التأكد من فهم المشاركين لطريقة الإجابة عن كل اختبار، حيث حرص علي أن تتم الإجابة على البنود الخمسة الأولى من كل اختبار أمام الفاحص ، وذلك من خلال قراءة المشارك لتلك البنود بصوت مسموع. وتم التنبيه على المشاركين بعدم الانتقال إلى الاختبار التالى حتى يسمح لهم بذلك.

٦ – وفيما يتعلق بالمجموعات الضابطة، فقد تم اختيارها من بين الجمهور العام، وذلك في أعقاب الانتهاء من التطبيق على المجموعتين التجريبيتين، وتفريغ بيانات المشاركين فيهما، وذلك لتحديد مواصفات عينتى الضبط، وبحيث نتمكن من إحداث التكافؤ المطلوب بينهما.

٧ – استغرقت جلسات التطبيق زمناً تراوح ما بين ٦٠–٩٥ دقيقة في المجموعتين التجريبيتين، و٥٥–٧٥ دقيقة في المجموعتين الضابطتين، وذلك فيما يختص بتطبيق بطارية الاختبارات المستخدمة في الدراسة. وكان

يسمح في بعض الأحيان، بفترة راحة لا تتجاوز العشر دقائق في حال طلب المشارك ذلك.

خطة التحليل الإحصائى للبيانات :

اشتملت خطة التحليل الإحصائى للبيانات على ما يلى :

١ – حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم (ت) لدلالة الفروق بين المجموعات.

٢ – حساب النسب المئوية لتوزيع متغيرات : المهنة، والتعليم، والحالة الاجتماعية لدى المجموعتين التجريبيتين، والمجموعتين الضابطتين، مع حساب النسبة الحرجة للوقوف على دلالة الفروق في توزيع النسب المئوية لتلك المتغيرات لدى مجموعات الدراسة.

٣ – حساب معاملات الارتباط المستقيم (بيرسون) بين اختبارات الدراسة وبعضها بعضا، وبين المقاييس الفرعية وبعضها بعضاً، وذلك لدراسة حجم واتجاه العلاقة بين تلك الاختبارات.

٤ – حساب اختبار (ت) لدلالة الفروق بين كل مجموعتين (تجريبية وضابطة)، والمجموعتين التجريبيتين وبعضهما بعضا على اختبارات الدراسة ومقاييسها الفرعية.

٥ – إجراء تحليل التمايز، وذلك بهدف تحديد الأوزان المعيارية لاختبارات الكفاءة الاجتماعية ومقاييسها الفرعية، والدالة التمييزية لهذه المقاييس بين مجموعات الدراسة.

٦ – إجراء تحليل الانحدار والارتباط المتعدد المتدرج، وذلك بهدف الكشف عن مدى إسهام متغيرات الدراسة في التنبؤ بمتغير التوافق النفسى الاجتماعى (والذى يُعد المحصلة النهائية للكفاءة الاجتماعية).

الفصل التاسع

نتائج الدراسة الميدانية ومناقشتها

محتويات الفصل

- مظاهر اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى ذوي التعاطي المتعدد والكحوليين.
- الفروق بين ذوي التعاطي المتعدد والكحوليين في مهارات الكفاءة الاجتماعية.
- نتائج تحليل التمايز لمهارات الكفاءة الإجتماعية لدى مجموعات الدراسة.
- نتائج تحليل الإنحدار والارتباط المتعدد المتدرج.
- بيان حدود إسهام الدراسة الراهنة في بحوث الكفاءة الاجتماعية، وتعاطي المواد النفسية.

نعرض في هذا الفصل لنتائج التحليلات الإحصائية، والتحقق من مدى تأييدها لفروض الدراسة، والكشف عن حدود الاتفاق، أو الاختلاف بين هذه النتائج، ونتائج الدراسات المعنية باضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى المتعاطين.

وضمن هذا الإطار، سوف نلتزم بمناقشة نتائج التحليلات الإحصائية، وذلك وفق الترتيب التالى :

١ – مظاهر اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين.

٢ – الفروق بين ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين في مهارات الكفاءة الاجتماعية.

٣ – نتائج تحليل التمايز لمهارات الكفاءة الاجتماعية لدى مجموعات الدراسة.

٤ – نتائج تحليل الارتباط والانحدار المتعدد المتدرج لدى مجموعات الدراسة.

٥ – العلاقة بين اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى المتعاطين.

١ – مظاهر اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين :

عنيت الدراسة الراهنة بتناول الكفاءة الاجتماعية من خلال عدد من المتغيرات تضمنت المهارات الاجتماعية (توكيد الذات، ومهارات التواصل الاجتماعى)، ومهارات حل المشكلات الاجتماعية، والتوافق النفسي والاجتماعى.

وفيما يلى، نعرض النتائج الخاصة بكل متغير منها :

أ) مظاهر اضطراب المهارات الاجتماعية لدى ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين:

أسفرت نتائج اختبار (ت) بين كل مجموعتين على حدة عن ما يلى :

- وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعة التعاطى المتعدد، والمجموعة الضابطة في الدرجة الكلية لاستخبار توكيد الذات، وفى بعض المكونات الفرعية، وتحديداً مكونات : الاحتجاج أو الرفض، والمواجهة الاجتماعية، والتعبير عن المشاعر بحرية انفعالية، حيث كانت المجموعة الضابطة أعلى جوهرياً في تلك المهارات من مجموعة التعاطى المتعدد.
- لم تصل الفروق بين مجموعة الكحوليين والمجموعة الضابطة إلى مستوى الدلالة على استخبار توكيد الذات ومكوناته، باستثناء مكون المواجهة الاجتماعية، حيث كانت المجموعة الضابطة أفضل من مجموعة الكحوليين.
- ثمة فروق دالة إحصائياً بين مجموعة التعاطى المتعدد، والمجموعة الضابطة في الدرجة الكلية لمهارات التواصل الاجتماعى، وكذلك في مقاييس الحساسية الانفعالية، والحساسية الاجتماعية، والضبط الاجتماعى، حيث كانت المجموعة الضابطة أفضل في تلك المهارات من مجموعة التعاطى المتعدد.
- توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعة الكحوليين، والمجموعة الضابطة في الدرجة الكلية لمهارات التواصل الاجتماعى، وكذلك في مقاييس الحساسية الانفعالية، والتعبير الاجتماعى، والحساسية الاجتماعية، والضبط الاجتماعى.

وتشير هذه النتائج إلى التحقق الجزئى للفرد القائل بوجود انخفاض دال في مختلف مكونات توكيد الذات، ومهارات التواصل الاجتماعى لدى عينتى التعاطى المتعدد والكحوليين بالمقارنة بعينتى غير المتعاطين.

وتتفق تلك النتائج مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة من اضطراب المهارات الاجتماعية (كما تتمثل في مهارات توكيد الذات، والتواصل الاجتماعى) لدى المتعاطين؛ فقد كشفت نتائج دراسة بلات وهاسبند (Platt & Husband, 1993) عن أن متعاطى المواد النفسية يكشفون عن اضطراب واضح في المهارات الاجتماعية، من شأنه أن يجعلهم عرضة للإحباط في مجال التفاعل مع الآخرين، وإدراك أنفسهم على أنهم عاجزون عن تسيير أمورهم في مختلف المواقف الاجتماعية، فضلا عن فشلهم في التعامل مع مواقف الخطورة التى تزيـد فيها احتمالات التعاطى. وتؤكد دراسة همستريت وفليك (Hemstreet & Flick, 1994) أن المتعاطين أظهروا اضطراباً واضحاً سواء على مستوى الدرجة الكلية لاختبار المهارات الاجتماعية، أم على مستوى المقاييس الفرعية التى تضمنها هذا الاختبار وهى : التعاون، والتوكيد، والوئام الوجدانى، والضبط الذاتى. كما أشارت نتائج دراسة فالس ستيوارت وبيرشلر (Fals-stewart & Birchler, 1998) إلى أن المتعاطين يعانون من اضطراب واضح في مهارات التواصل الاجتماعى، يجعلهم عرضة للفشل الاجتماعي. وكشفت الدراسات كذلك عن وجود علاقة دالة بين ضعف مهارات الرفض، وتعاطى المراهقين للكحوليات (Shope et al., 1993; Donohue et al., 1999)، وأن المتعاطين أقل توكيداً للذات بصفة عامة من غير المتعاطين (Van Hasselt et al., 1993)، وأن الاضطراب في المهارات الاجتماعية كان أحد أهم المنبئات بتعاطى المواد النفسية وشرب الكحوليات (Zan & Sasao, 1992; Greene et al., 1999)، بينما كان اضطراب مهارات المواجهة الاجتماعية هو العامل الأبرز في انتكاسة الكحوليين (Walton et al., 2000).

ويشير فيرارى (Ferrari et al., 2002, p.111) إلى أن المعتمدين على المواد النفسية يعانون من ضعف الإحساس نحو المحيطين بهم، وضعف مشاعر الانتماء

والتعلق بالآخرين، واختلال الهوية، واضطراب مهارات التواصل الانفعالى، والتعبير عن الذات.

والواقع، أن هناك عدداً من المتغيرات التى تمارس تأثيراً على انخفاض المهارات الاجتماعية لدى المتعاطين، ولعل أبرزها : المتغيرات المزاجية، كما تتمثل في القلق العام، والقلق الاجتماعى، والمتغيرات المعرفية وأبرزها: مفهوم الذات، وتقدير الذات، والمعتقدات غير المنطقية، والإفصاح عن الذات، ومراقبة الذات، فضلاً عن اضطراب الوظائف المعرفية.

ب) مظاهر اضطراب حل المشكلات الاجتماعية لدى ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين:

أسفرت النتائج في هذا الجانب عن وجود فروق جوهرية بين كل من المجموعتين التجريبيتين والمجموعتين الضابطتين في مهارات حل المشكلات الاجتماعية. حيث أظهر ذوو التعاطى المتعدد والكحوليون مستوى منخفضاً في الأداء على اختبار حل المشكلات الاجتماعية؛ وهو ما يشير إلى تحقق الفرض القائل بوجود انخفاض دال في مهارات حل المشكلات لدى عينتى ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين بالمقارنة بغير المتعاطين.

وتتفق هذه النتائج مع ما انتهت إليه عديد من الدراسات السابقة؛ فقد أوضحت نتائج دراسة هيرمالين وزملائه (Hermalin et al., 1990) أن متعاطى المواد النفسية وشاربى الكحوليات يعانون من نقص في المهارات المعرفية والسلوكية اللازمة للتعامل الكفء مع مشكلات الحياة اليومية؛ وتوصلت دراسة فالس ستيوارت وشيفر (Fals-Stewart & Schafer, 1992) إلى أن ذوى التعاطى المتعدد يعانون من قصور واضح في كفاءة حل المشكلات. وأوضحت دراسة جينسون وزملائه (Jenson et al., 1995) أن اضطراب مهارات حل المشكلات الاجتماعية والضبط الذاتى قد ارتبط بشكل دال بتعاطى الماريجوانا.

من ناحية أخرى، تتوافر مجموعة من البيانات المستمدة من بحوث واقعية تشير إلى ان المعتمدين على المواد النفسية يبدون دلائل واضحة لمظاهر اضطراب الشخصية؛ حيث تراوح معدل تكرار تشخيص اضطرابات الشخصية لدى المتعاطين ما بين ٦٥-٩٠% (Khantzian & Treece, 1985; Kosten et al., 1986) . ويعكس الارتباط بين اضطراب الشخصية وتعاطى المواد النفسية نمطاً سلوكياً ثابتاً يتسم باضطراب العلاقات الشخصية المتبادلة، وفقر الأداء الوظيفى الاجتماعى (Derksen, 1995)، والفشل في بناء علاقات حميمة مع الآخرين (Bootzin et al., 1993)، وصعوبة اتخاذ القرارات اليومية، وضعف الثقة بالنفس، وانخفاض الفعالية الذاتية، والحساسية الزائــدة للتقــييمات السلبية، والافتقــار للمبادرة (APA, 1994, p. 633) ، وهى مظاهر تفسر في مجملها اضطراب مهارات حل المشكلات الاجتماعية لدى المتعاطين.

ج) مظاهر اضطراب التوافق النفسى الاجتماعى لدى ذوى التعاطى المتعــدد والكحوليين :

كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن وجود فروق دالة بين مجموعتى التعاطى المتعدد، والكحوليين من جهة، والمجموعتين الضابطتين المناظرتين لهما من جهة أخرى، في الدرجة على التوافق النفسى الاجتماعى، حيث كان ذوو التعاطى المتعدد والكحوليون أقل توافقاً من غير المتعاطين؛ وهو ما يشير إلى تحقق الفرض الذي ينص على الانخفاض الدال في الدرجة على استخبار التوافق النفسى والاجتماعى لدى ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين بالمقارنة بغير المتعاطين.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة في هذا المجال؛ فقد أشارت دراسة وورهايت وبيافورا (Warheit & Biafora, 1991) إلى أن متعاطى

المواد النفسية يعانون من مستوى مرتفع من سوء التوافق النفسى الاجتماعى يتمثل في انخفاض الإنجاز الدراسي، وضعف المهارات الخاصة بالحصول على وظيفة، والبطالة، وفقر في مهارات التفاعل الاجتماعى. وأظهرت نتائج دراسة أسامة أبو سريع (١٩٩١ أ) أن العمال المتعاطين يعانون من مظاهر سوء التوافق الاجتماعى بكافة أنواعها؛ حيث تبين أنهم يشعرون بعدم الرضا عن علاقاتهم الاجتماعية سواء مع الزوجة أم زملاء العمل أم مع المجتمع بصفة عامة؛ ومن الدلائل التى تعكس ذلك أنهم أقل توفيقاً في الزواج، وأكثر وقوعاً في المشكلات مع زملاء العمل، والشرطة أو القانون، فضلاً عن أن ترقياتهم اتسمت بالبطء الشديد. وأشارت دراسة وادا وفوكوى (Wada & Fukui, 1993; 1994) إلى أن المتعاطين يعانون من مشكلات في علاقاتهم الأسرية، واضطراب حياتهم العائلية، وعلاقاتهم مع أصدقائهم وزملائهم في العمل. وفى دراسة عصام الدين نوفل وربيعة الرندى (١٩٩٨)، أورد المتعاطون عدداً من الأسباب التى تقف خلف تعاطيهم أبرزها : وجود مشكلات عائلية، والشعور بالضيق، ووجود مشكلات دراسية، والتعثر الدراسي.

وكشفت دراسة بيتر (Peter, 1998) عن أن شاربى الكحول كانوا أقل التزاماً بالشعائر الدينية، واقل توافقاً وشعوراً بالرضا عن علاقات التفاعل مع أسرهم، كما زادت بينهم المشكلات الانفعالية. وهو ما انتهت إليه دراسات أخرى عديدة (e.g., Eggert et al., 1994; Yeh & Hedgespeth, 1995; Allison et al., 1997; Mackesy et al., 1999; Kindlundh et al., 1999; Dewit et al., 2000; Ferdinand et al., 2001; Shek, 2002).

للذات وهم تحت تأثير الكحول بالمقارنة بأنفسهم وهم متحررون من تأثير الكحول. كما كشفت بعض الدراسات أيضاً (see: Chiauzzi, 1991, p.216) عن أن شاربى الكحول أعلى في توكيد الذات من باقي المجموعات الطبية النفسية الأخرى، وإن كانوا جميعهم متساوون في انخفاض توكيد الذات عند قياسه باختبارات أداء الدور السلوكية.

ب) بالنظر إلى خصائص عينات الدراسة الراهنة، يتبين لنا أن نسبة من أكملوا الدراسة الجامعية في عينة الكحوليين أقل من مثيلتها في عينة التعاطى المتعدد، كما أن متوسطات العمر في عينة الكحوليين كانت أعلى من مثيلاتها في عينة التعاطى المتعدد؛ وتلفت هذه الملاحظة الانتباه إلى ما أشارت إليه دراسات سويف وزملائه (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص١٢١) من أن درجة التدهور في الوظائف النفسية تتحدد على ضوء عدد من المتغيرات منها التعليم، والعمر؛ فالمتعلمون، وصغار الشباب معرضون لمقادير من التدهور الناجم عن الاعتماد على المواد النفسية أكبر مما يتعرض له الأميون أو الأقل تعليماً، والأشخاص المتقدمون في السن. ويقدم هذا التصور تفسيراً إلى حد ما للنتيجة الراهنة، رغم أنه يرتبط اصلاً باضطراب الوظائف المعرفية لدى المتعاطين.

أما فيما يختص بالنتيجة الثانية، والتى تشير إلى ان ذوى التعاطى المتعدد أعلى جوهرياً في مهارات التعبير الاجتماعى من الكحوليين فيمكن تفسيرها على النحو التالى :

أ) ما كشفت عنه الدراسات من وجود علاقة بين شرب الكحوليات، والمعاناة من أعراض الخجل والقلق الاجتماعى (see: Bakova et al., 2001; Moeller et al., 2002) وما يترتب عليهما من الشعور بعدم الارتياح، والحساسية

للذات، والتردد والحياء في حضور الآخرين، ومن ثم العجز عن الاشتراك مع الآخرين في المحادثات الاجتماعية، واضطراب المهارات الخاصة بالاستهلال وتوجيه الحديث في أى موضوع.

ب) ما توصل إليه فرانكنشتين وزملاؤه (Frankanstein et al., 1985) من أن الكحوليين يظهرون اضطراباً في السلوكيات الإيجابية غير اللفظية والمهارات ما وراء اللغوية وذلك أثناء محادثاتهم الاجتماعية. ويضيف ميندلسون وميلو (Mendelson & Mello, 1985)، أن شاربي الكحوليات يكشفون عن اضطراب واضح في مهارات الإفصاح عن الذات؛ ورغم أنهم قد يظهرون قدراً من المهارة والاستقلالية، وتأكيد الذات في مواقف التفاعل الاجتماعي العابرة وهم تحت تأثير الكحول، فإن درجة إفصاحهم عن ذواتهم تظل كما هى في أدنى مستوياتها حتى عندما يشربون الكحول.

ج) ما أشارت إليه نتائج البحوث (Wilkinson, 1991, p. 119) من أن الكحوليين تضطرب لديهم وظائف الفص الجبهى، ومن ثم فهم يفقدون السيطرة على الأفعال بما فيها اللغة. ووفقاً لاختبار المهارات الاجتماعية (انظر: محمد السيد عبدالرحمن، ١٩٩٨) فإن غير المعبرين اجتماعياً، ربما يتحدثون عفوياً بدون التحكم في محتوى ما يقولونه، وهو ما ينطبق تحديداً على شاربى الكحوليات، حيث يفقدون السيطرة على محتوى تعبيراتهم الاجتماعية، خاصة وهم تحت تأثير الكحول.

أما عن النتيجة الخاصة بعدم وجود فروق جوهرية بين ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين في مهارات حل المشكلات الاجتماعية، والتوافق النفسى الاجتماعى، فالغالب أن هذا ملمح عام مميز للمتعاطين بغض النظر عن المادة التى يتعاطونها. فمن ناحية، تشير سوزان سبنس (٢٠٠٠، ص ٢٧٣: مترجم)

إلى أن الأفراد غير القادرين على تحديد طبيعة وجود موقف مشكل، وتقديم استجابات بديلة، والتنبؤ بالنتائج المحتملة، واختيار الاستجابات المناسبة، هم غالباً اقل ميلاً للسلوك بصورة ملائمة خلال التفاعلات الاجتماعية، نظراً لأنهم يعجزون عن التخطيط لاستجابات تتضمن مدى واسعاً من الأساليب، ووضعها في السياق المناسب؛ وهو ما انتهت إليه النتائج في مجال تعاطي المواد النفسية وشرب الكحوليات من شيوع اضطراب مهارات حل المشكلات الاجتماعية لدى المتعاطين، وانعكاس ذلك على معاناتهم من مشكلات سوء التوافق النفسي.

ومن ناحية أخرى، تتشأ لدى ذوى التعاطي المتعدد وشاربى الكحول توقعات محدودة أو سلبية بشأن تحقيق بعض الأهداف الاجتماعية أو النجاح في حل بعض المشكلات الاجتماعية؛ وكنتيجة لذلك يسعى هؤلاء المتعاطون إلى تجنب المواقف التي يتوقعون الفشل فيها، ويبحثون عن وسائل لا توافقية لإرضاء رغباتهم. وبتكرار التجنب يتولد نوع من التعميم للتوقعات السلبية بشأن المواقف الاجتماعية الأخرى، ومن ثم يزداد سوء التوافق النفسى الاجتماعى مع زيادة اتباع الأساليب والاستراتيجيات القائمة على الهروب والتحاشى.

٣- نتائج تحليل التمايز لمهارات الكفاءة الاجتماعية لدى مجموعات الدراسة :

كشفت النتائج في هذا الإطار عن الحصول على دالتين تمييزيتين، تختص الأولى بالتمييز بين المتعاطين عموماً، وغير المتعاطين؛ في حين اختصت الثانية بالتمييز بين مجموعات الدراسة الثلاث (المجموعة الضابطة، مجموعة التعاطى المتعدد، مجموعة الكحوليين). وهو ما يؤكد تحقق الفرض الذي ينص على تباين مهارات الكفاءة الاجتماعية فيما بينها من حيث قوتها التمييزية بين المتعاطين وغير المتعاطين من جهة، وبين ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين من جهة أخرى.

وتوحى هذه النتيجة بعدد من الدلالات المهمة وذلك على النحو التالى :

أ) أن الملمح البارز في اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى المتعاطين على اختلاف فئاتهم، هو ذلك الاضطراب الواضح في التوافق النفسى الاجتماعى، ومهارات حل المشكلات الاجتماعية؛ فالمتعاطون أكثر انخفاضاً على هذه الجوانب إذا ما قورنوا بغير المتعاطين؛ إذ يمثل سوء التوافق النفسى الاجتماعى أخطر المترتبات طويلة المدى لتعاطى المواد النفسية بمختلف أنواعها، حيث تشير الوقائع إلى اقتران تعاطيها بالانحراف واقتراف الجرائم، والتعرض لمظاهر سوء التوافق النفسى الاجتماعى، والفشل في حل المشكلات الاجتماعية، نظراً لما يترتب على التعاطى من تعطيل لمظاهر الحياة السوية، والانسحاب من معظم النشاطات التى تكفل للفرد تحقيق أقصى توافق ممكن، وذلك من خلال اتباع استراتيجيات غير توافقية في إدارة الأزمات ومواقف الصراع، ومواقف حل المشكلات الاجتماعية؛ وقد سبق وأن ناقشنا تلك الجوانب بشئ من التفصيل في مواضع سابقة من هذا الفصل.

ب) تعكس هذه النتيجة أيضاً، أن للتوافق النفسى والاجتماعى، ومهارات حل المشكلات الاجتماعية قيمة تنبؤية سواء على مستوى احتمالات الانتكاس لدى المتعاطين، أم على مستوى الاستهداف لتعاطى المواد النفسية.

ج) أن أكثر متغيرات الكفاءة الاجتماعية تمييزاً بين مجموعتى التعاطى المتعدد والكحوليين، هى المهارات الاجتماعية؛ وهو ما يؤكد أن المتعاطين لا يشكلون ــ غالباً ــ جمهوراً متجانساً من حيث التأثر بالتعاطى. إذ أن ثمة تفاعل بين خصال الشخصية المرتبطة بالكفاءة الاجتماعية للمتعاطى، ونوع المادة المتعاطاة.

د) أن متغيرات الكفاءة الاجتماعية تتفاوت في حساسيتها للتأثر بتعاطى المواد النفسية؛ إذ أن أول ما يتأثر هو متغيرات التوافق الاجتماعي ومهارت حل المشكلات الاجتماعية؛ بينما تتأخر المهارات الاجتماعية قليلاً على طريق التدهور، حيث تظل بعض مكوناتها بحالة مماثلة في كفاءتها لمهارات غير المتعاطين. وهو تصور يحتاج إلى مزيد من الدراسات للتحقق منه.

نتائج التحليل الانحدار والارتباط المتعدد المتدرج :

نعرض لنتائج تحليل الانحدار والارتباط المتعدد المتدرج لدى كل مجموعة من مجموعات الدراسة فيما يلي :

أ) نتائج تحليل الانحدار والارتباط المتعدد المتدرج في المجموعة الضابطة :

أسفرت النتائج في هذا الصدد عن وجود ارتباط دال بين التوافق النفسى الاجتماعى (المحصلة النهائية للكفاءة الاجتماعية)، ومتغيرات : الضبط الاجتماعى، وتنفيذ الحل والتحقق منه، والمواجهة الاجتماعية، والتعبير عن المشاعر بحرية انفعالية، والتعبير عن الاحتجاج أو الرفض.

وتقدم هذه النتيجة صورة مفصلة عن ذوى الدرجة المرتفعة في التوافق النفسى الاجتماعى؛ فهم أشخاص أكفاء في أداء أدوارهم الاجتماعية، وتقديم أنفسهم للمجتمع، ويتصفون باللياقة، والثقة بالنفس في مواجهة المواقف الاجتماعية، وبإمكانهم تحقيق الانسجام في مختلف المواقف الاجتماعية التي يتعرضون لها، ولديهم قدرة عالية على ضبط اتجاههم، والتحكم في محتوى التفاعلات الاجتماعية، كما أن لديهم قدرة جيدة على تنفيذ حلول المشكلات الاجتماعية التى تواجههم بما يملكونه من مهارات جيدة للتعامل مع موقف المشكلة، ولديهم القدرة على ضبط وتنظيم ما يظهر للآخرين من تعبيرات

انفعالية، وهم أكثر قدرة على التعبير عن احتجاجهم على ما يرفضونه من سلوكيات تصدر عن الآخرين.

من ناحية أخرى، تبين أن التوافق النفسى الاجتماعى لدى المجموعة الضابطة يرجع أساساً إلى ثلاثة عوامل أساسية هى : الضبط الاجتماعى، وتنفيذ الحل والتحقق منه، والمواجهة الاجتماعية، في حين كان إسهام باقى المتغيرات ضعيفاً. وتتفق هذه النتائج مع ما انتهت إليه الدراسات السابقة بشأن العلاقة فيما بين هذه المتغيرات وبعضها بعضا، ودورها في التوافق النفسى الاجتماعى لدى الأسوياء؛ فقد تبين من دراسات ريجيو Riggio (انظر: محمد السيد عبدالرحمن، ١٩٩٨ أ) وجود علاقة إيجابية دالة بين الضبط الاجتماعى، والنجاح في مواقف التفاعل، وحجم العلاقات الاجتماعية، والدعم الاجتماعى، والقدرة على ضبط النفس، وانخفاض الخجل. ويربط مايكل أرجايل (١٩٩٣، ص١٥٩: مترجم) بين القدرة على مواجهة المواقف المتعلقة بالمشكلات، والشعور بالرضا والسعادة؛ كما أن ثمةعلاقة بين القدرة على التعبير عن المشاعر الانفعالية، وتحقيق التوافق النفسى الاجتماعى (دانييل جولمان، ٢٠٠٠: مترجم). ويؤكد نيزو وزملاؤه (Nezu et al., 1989, p. 68) الدور المهم للقدرة على تنفيذ الحل والتحقق منه، في التوافق النفسى الاجتماعى السوى، وانخفاض الاستهداف للإصابة بالاضطرابات النفسية. وقد انتهت دراسات عديدة إلى ما يدعم العلاقة بين تبنى استراتيجيات إيجابية في المواجهة، والضبط الاجتماعى والتوافق النفسى الاجتماعى. (see: Li & Zhu, 1995; Armstrong, 1996; Torres, 1999; Perlick et al., 1999; Shibazaki, 1999; Halliday & Graham, 2000; Collier, 2002)

ب) نتائج تحليل الانحدار والارتباط المتعدد المتدرج في مجموعة التعاطى المتعدد :

كشفت النتائج عن وجود ارتباط دال بين الدرجة المنخفضة على التوافق النفسى الاجتماعى (كمؤشر لسوء التوافق)، واضطراب القدرة على اتخاذ القرار، والتوجه نحو المشكلة الاجتماعية، والاستقلال، وتوليد بدائل الحل، والاحتجاج أو الرفض.

وتشير هذه النتائج إلى أن ذوى التعاطى المتعدد يتسمون بسوء التوافق النفسى الاجتماعى؛ ومما يدعم ذلك اضطراب قدرتهم على وضع فروض للمشكلات الاجتماعية، والتأكد من مدى ملاءمتها لحل تلك المشكلات، وتقييم طبيعة موقف المشكلة، وصياغة أهداف واقعية، ومعالجة المعلومات المتوافرة لديهم عن الموقف الاجتماعى بطريقة تخلو من الغموض والتشويه، واستبعاد غير الملائم منها، والعجز عن تحمل المسئولية، مع الاعتماد على الآخرين، والعجز عن رفض المطالب غير المناسبة للآخرين.

على صعيد آخر، تبين أن سوء التوافق النفسى لدى ذوى التعاطى المتعدد يرجع أساساً إلى متغيرين هما : ضعف مهارات اتخاذ القرار، وضعف مهارات التوجه نحو المشكلة الاجتماعية. وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه الدراسات السابقة من اضطراب القدرة على اتخاذ القرارات؛ فقد بينت دراسة جريمز وسويسكر (Grimes & Swisker, 1989) أن المتعاطين كانوا أقل كفاءة في اتخاذ القرار بالمقارنة بغير المتعاطين؛ كما كشفت دراسة أندرسون وروث (Anderson & Ruth, 1996) عن فشل القدرة على اتخاذ القرار لدى المراهقين المتعاطين داخل سجن الأحداث؛ وهى النتيجة نفسها التى انتهت إليها دراسة تورتو (Tortu, 1988) بشأن وجود علاقة دالة بين قصور مهارات اتخاذ القرار، وتعاطى المواد النفسية بين الطلاب الذكور. وأوضحت سلاتن (Slatten, 1999) وجود علاقة بين اضطراب القدرة على اتخاذ القرارات، وتبنى التحاشى كاسلوب للمواجهة لدى

المتعاطين. ويرى ستوس وبنسون (Stuss & Benson, 1987) أن اضطراب مهارات اتخاذ القرار لدى المتعاطين ناتج عن اضطراب الإرادة، وعمليات الضبط والتنظيم الذاتى، والتخطيط، وهى عمليات تؤدى دوراً مهماً في اتخاذ القرار.

من ناحية أخرى، أكدت الدراسات اضطراب مكون التوجه نحو المشكلة لدى المتعاطين؛ فقد أوضحت دراسة بلات وزملائه (Platt et al., 1995) أن متعاطى الهيروين يعانون من اضطراب في جميع مراحل حل المشكلات بما فيها التوجه نحو المشكلة. وكشفت دراسة هيرك وإليوت (Herrick & Elliot, 2001) عن وجود علاقة سلبية بين الثقة في القدرة على حل المشكلات، والسلوك الاكتئابى، والشعور بالكدر لدى المتعاطين، وبين توجههم نحو حل المشكلة.

ويشير نيزو وزملاؤه (Nezu et al., 1989, p. 31) إلى أن التوجه نحو المشكلة يُعد عملية دافعية، تهدف إلى تمثيل الأرجاع السلوكية والانفعالية والمعرفية لدى الفرد عندما يواجه بموقف مشكل. وتتضمن هذه الاستجابات الموجهة درجة من الانتباه مثل: الحساسية للمشكلات، والمعتقدات العامة، والتوقعات المرتبطة بمشكلات الحياة، وقدرة الفرد الخاصة على حل المشكلات عموماً. ويضيف نيزو وزملاؤه (Ibid, pp. 62-63) أن التوجه نحو المشكلة يعمل كعملية معرفية، من شأنها أن تيسر أو تكف عمل المكونات الأخرى لحل المشكلات، إذ يتمثل دور هذا المكون في التالى :

أ) زيادة حساسية الفرد لمشكلات الحياة.

ب) خفض تأثير الحالة الانفعالية الراهنة، والأفكار (الحوار الذاتى) التى يحتمل أن تعوق من نشاطات حل المشكلة.

ج) زيادة دافعية الفرد للدخول في محاولات لمواجهة المشكلة.

د) التركيز على المنبهات المرتبطة بالمشكلة، والحوار الذاتى الإيجابى الذي يزيد من احتمالات تيسير سلوك حل المشكلة.

ويقدم التصور السابق لمكون التوجه نحو المشكلة، تحليلاً للمتغيرات التى يمكن أن ترتبط باضطراب هذا المكون لدى ذوى التعاطى المتعدد، ولعل أبرز هذه المتغيرات الافتقار للدافعية، والحوار الذاتى، وقصور الانتباه، وزيادة مشاعر القلق والاكتئاب، وضعف الثقة بالنفس، وكلها متغيرات سبق وأن أشرنا إليها في موضع سابق من هذا الكتاب.

ج) نتائج تحليل الانحدار والارتباط المتعدد المتدرج في مجموعة الكحوليين :

أظهرت نتائج تحليل الانحدار والارتباط المتعدد المتدرج في مجموعة الكحوليين، وجود ارتباط دال بين سوء التوافق النفسى الاجتماعى، وضعف القدرة على تحديد وصياغة المشكلة الاجتماعية، والتعبير الاجتماعى، والدفاع عن الحقوق الخاصة. وتعكس هذه النتائج ملامح سوء التوافق النفسى الاجتماعى لدى الكحوليين بما يتضمنه من العجز عن تقييم طبيعة موقف المشكلة، وصياغة أهداف واقعية أو موضوعية لحل المشكلة، وضعف القدرة على إشراك الآخرين أو الاشتراك معهم في المحادثات الاجتماعية، فضلاً عن ضعف التحكم في محتوى ما يقولونه، والعجز عن التمسك بحقوقهم الخاصة، والسماح للآخرين بانتهاك خصوصياتهم. وقد وقفت هذه المتغيرات الثلاثة كعوامل منبئة بسوء التوافق النفسى الاجتماعى لدى شاربى الكحوليات.

وتتــفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه البحوث (انظر: عادل الدمرداش، ١٩٨٢، ص١٣١) من أن الكحوليين يفتقرون إلى القدرة على التعبير عن الغضب والعدوان المشروعين، ويعجزون عن الدفاع عن حقوقهم في المواقف

التى تتطلب ذلك لشعورهم بالقلق الشديد عند الحاجة إلى إظهار هذه الانفعالات، ومن ثم فهم يشربون الخمر للتخفيف من هذه المشاعر بدلاً من التعبير عنها.

وفيما يتعلق بتحديد وصياغة المشكلة الاجتماعية، فإن الهدف يتمثل في تحديد وتوضيح وفهم الطبيعة النوعية لهذه المشكلة، وتقييم مدى إمكانية تحسن وتغيير الموقف وذلك اعتماداً على الخبرات السابقة مع مشكلات مشابهة (Nezu et al., 1989, p. 32). ويشير الانتاج الفكرى النفسى في هذا المجال إلى أن الكحوليين يعانون من اضطراب تنظيم الذات، بما يتضمنه من عمليات استقبال المعلومات، وتقييم الذات، والدافع للتغيير، والبحث، والتخطيط، والتنفيذ، وتقييم الخطط. وينعكس اضطراب هذه العمليات بدوره على القدرة على تحديد وتقييم موقف المشكلة، والقدرة على مواصلة الاتجاه، ومراقبة الذات، مع تولد اتجاه يتسم باللامبالاة، وعدم الوعى والتبلد (Miller & Brown, 1991, pp.35-42).

وبانتهاء مناقشتنا لنتائج تحليل الانحدار والارتباط المتعدد المتدرج لدى مجموعات الدراسة يتضح لنا تحقق الفرض الرابع من فروض البحث.. حيث أن هناك تبايناً واضحاً في طبيعة المتغيرات المنبئة باضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى مجموعتى التعاطى المتعدد والكحوليين، فضلاً عن اختلافهما عن المتغيرات المنبئة بالكفاءة الاجتماعية لدى غير المتعاطين. وهو ما يؤكد الاختلاف النوعى في متغيرات الكفاءة الاجتماعية، باختلاف فئة التعاطى؛ ومن ثم فإن نتائج البحوث التى تشير إلى اضطراب مهارات حل المشكلة الاجتماعية لدى المتعاطين ـ دون تحديد دقيق لهذه المهارات ـ قد لا تضيف جديداً خصوصاً على مستوى التدخل والوقاية بمستوياتها.

ثانياً : بيان حدود إسهام الدراسة الراهنة نظرياً وعملياً في مجال بحوث الكفاءة الاجتماعية، وتعاطى المواد النفسية :

تتلخص أهم إسهامات الدراسة الراهنة في مجال بحوث الكفاءة الاجتماعية، وتعاطى المواد النفسية، نظرياً وعملياً فيما يلى :

١ – فتح المجال أمام سلسلة من البحوث العربية في مجال اضطراب الكفاءة الاجتماعية لدى المتعاطين. فمنذ بدأت البحوث العربية في مجال بحوث تعاطى المخدرات في أواخر الخمسينيات تقريباً من القرن الماضى، ندر أن نجد دراسة عنيت باضطراب هذه المهارات لدى المتعاطين عموماً؛ حيث تركزت الجهود في الجوانب التالية:

أ) مجال البحوث الوبائية التى تهتم بالكشف عن مدى انتشار التعاطى في المجتمع، والشكل الذي يتوزع به بين مختلف الشرائح الاجتماعية، والعوامل الاجتماعية التى ترتبط بهذه الصورة من الانتشار.

ب) الدراسات التى تحاول الكشف عن منشأ سلوك التعاطى، والعوامل المهيئة في شخصية المتعاطى، والعوامل المرتبطة بالمادة المتعاطاة، والعوامل الاجتماعية الحضارية الدافعة لسلوك التعاطى؛ والجدير بالذكر أن هذه الدراسات ذات طابع وبائى أيضاً (انظر: الحسين عبدالمنعم، ١٩٩٩).

ج) الدراسات التى تركز على الكشف عن الاضطرابات الجسمية والنفسية والمشكلات الاجتماعية المترتبة على التعاطى والإدمان (انظر: محمد نجيب الصبوة وآخرين، ١٩٩٠؛ فيصل يونس وآخرين، ١٩٨٧؛ خالد بدر، ١٩٩٥؛ مصرى حنورة، ١٩٩٨).

د) الدراسات التى ركزت على اضطراب الوظائف المعرفية لدى جمهور المتعاطين (انظر: مصطفى سويف، ١٩٩٦؛ بثينة المقهوى وآخرين، ١٩٩٨) ومن ثم فقد غاب عن هذه الجهود الاهتمام بدراسة مظاهر اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية، على الرغم مما ورد من إشارات مباشرة وغير مباشرة في نتائج بعض البحوث الوبائية تعكس أهمية دراستها.

٢ - لفت الانتباه إلى ضرورة إجراء مزيد من الدراسات على فئتى التعاطى محل الاهتمام في الدراسة الراهنة، وهما ذوى التعاطى المتعدد والكحوليين وذلك للاعتبارين التاليين.

الاعتبار الأول: أن التعاطى المتعدد يمثل مشكلة خطيرة نظراً للآثار الصحية البدنية والنفسية المترتبة على تفاعل المواد النفسية المتعاطاة مع بعضها بعضاً. فقد تبين أن الاضطرابات الناجمة عن التعاطى المتعدد تفوق تلك الاضطرابات الناجمة عن التعاطى الأحادى، كما أن هناك ما يشير إلى أن التعاطى المتعدد للمواد النفسية يفاقم من شدة التغيرات التى تحدث في شخصية المتعاطى، وما يصاحبها من تدهور اجتماعى؛ هذا فضلاً عن توفر دلائل على زيادة انتشار ظاهرة التعاطى المتعدد بشكل واضح منذ سبعينيات القرن الماضى في كثير من بلدان العالم (هند طه، ١٩٩٩).

أما **الاعتبار الثانى** : فيتمثل في أن شرب الكحول في طريقه إلى التزايد، وأنه حتى في الوقت الراهن يفوق بكثير انتشار تعاطى المخدرات الطبيعية والمواد المخلقة على السواء، مما ينبئ، إذا سارت الأمور على ما هي عليه، بأن مصر ستعاني في القريب مزيداً من مشكلات الصحة العامة والمشكلات الاجتماعية المرتبطة بتعاطى الكحوليات (مصطفى سويف،

١٩٩٩، ص ١١٧). ولذلك كان من المهم الاهتمام بذوى التعاطى المتعدد والكحوليين بوصفهما فئتين مرشحتين لمزيد من الانتشار.

٣ – دراسة الكفاءة الاجتماعية لدى فئات مرضية أخرى؛ فقد تركزت الجهود السابقة في الثقافة المصرية على فحص مظاهر اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى العينات الطبية النفسية مثل: العصابيين والذهانيين (أسامة أبو سريع، ١٩٨٦)، والمكتئبين (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨؛ محمد السيد عبد الرحمن، ١٩٩٨ب؛ محمد الحسانين الدق، ٢٠٠٣)، والقلقين اجتماعياً (محمد السيد عبد الرحمن وهانم عبد المقصود، ١٩٩٨).

٤ – وضع إطار عام لتوجيه البحث في مجال مهارات الكفاءة الاجتماعية يرتكز على أن هذا المفهوم متعدد المكونات، ويحتاج إلى معالجة تكاملية. وعلى ذلك تم دراسة هذا المفهوم من خلال ثلاثة مستويات :

أ) تقييم النتائج المترتبة على الكفاءة الاجتماعية.

ب) تحديد أهم المهارات المطلوبة للسلوك الكفء.

ج) تحديد المكونات الفرعية التى تشتمل عليها كل مهارة.

وقد ساعد في إنجاز هذا التصور وضع تعريف للكفاءة الاجتماعية بأنها (نسق من المهارات المعرفيةوالسلوكية والوجدانية التى تيسر صدور سلوكيات اجتماعية تتفق مع المعايير الاجتماعية أو الشخصية أو كليهما معاً، وتساهم في تحقيق قدر ملائم من الفعالية والرضا، على المستويين البعيد والقريب في مختلف مواقف التفاعل الاجتماعى مع الآخرين. وتنعكس مظاهر الكفاءة الاجتماعية ــ تبعاً لذلك ــ في كافة صور مهارات

التواصل الاجتماعى، وتوكيد الذات، ومهارات حل المشكلات الاجتماعية، والتوافق النفسى الاجتماعى للفرد.

٥ – توفير مجموعة من الاختبارات لتقدير مهارات الكفاءة الاجتماعية، تحقق لها معايير الكفاءة السيكومترية، وذلك من خلال استيفاء شرطى الثبات والصدق المقبولين.

٦ – تلافى أبرز مظاهر القصور التى اكتنفت البحوث السابقة في المجال وهى : صغر حجم العينات نسبياً، وعدم تجانس العينات على متغير العمر، والاكتفاء بالملاحظة لمقاطع سلوكية معينة من خلال ما يعرف بأداء الدور دون الاعتماد على اختبارات موضوعية، والتركيز على عدد محدود من المهارات مع إهمال باقى مكونات (أو مهارات) الكفاءة الاجتماعية.

٧ – تزويد المجال بمعلومات تسد بعض الثغرات أو تحسم بعض صور التعارض القائمة بين نتائج الدراسات، ومنها ما يلى :

أ) أن ثمة علاقة واضحة تقوم بين تعاطى المواد النفسية واضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية. وهى علاقة أقرب ما تكون إلى العلاقة الدائرية. فالتعاطى يدفع الفرد دفعاً لتجنب التفاعل الاجتماعى مع الآخرين، ويضعف من قدرته التوكيدية في مختلف المواقف، ويحدث قصوراً في قدرته على حل المشكلات الاجتماعية؛ والعكس صحيح، حيث أن ضعف الرصيد الشخصى من الكفاءة الاجتماعية، والفشل المتكرر في إقامة علاقات ناجحة من شأنه أن يؤدى إلى الإحباط ومشاعر الفشل واتباع أساليب توافقية للتغلب على تلك الإحباطات المتكررة ومنها تعاطى المواد النفسية.

ب) أن المتغيرات الأكثر حساسية لرصد الاضطراب في الكفاءةالاجتماعية لدى المتعاطين هى التوافق النفسى الاجتماعى وحل المشكلات الاجتماعية؛ في حين أن متغيرات المهارة الاجتماعية كانت أكثر نجاحاً في التمييز بين فئات المتعاطين.

ج) أن أبرز المتغيرات إسهاماً في سوء التوافق النفسى الاجتماعى لدى مجموعة ذوى التعاطى المتعدد هى : مهارات اتخاذ القرار، والتوجه نحو المشكلة الاجتماعية؛ في حين كانت متغيرات : تحديد وصياغة المشكلة الاجتماعية، والتعبير الاجتماعى، والدفاع عن الحقوق الخاصة، هى الأبرز إسهاماً في سوء التوافق النفسى الاجتماعى في مجموعة الكحوليين، بينما كان لمتغيرات الضبط الاجتماعى، وتنفيذ الحل والتحقق منه، والمواجهة الاجتماعية الدور الأكبر في التنبؤ بالتوافق النفسى الاجتماعى في عينة غير المتعاطين.

د) أن هناك علاقة تبادلية بين مهارات الكفاءة الاجتماعية وبعضها بعضا؛ فالاضطراب الذي يلحق بأحد الجوانب، من شأنه أن يؤثر على كفاءة جوانب أخرى.

هـ) بيان معالم التشابه والاختلاف لدى فئتين من فئات المتعاطين في اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية، وهو ما يشير إلى استنتاج مؤداه أن المتعاطين لا يشكلون جمهوراً متجانساً.

و) تمدنا الدراسة الراهنة، بمعلومات واقعية، يمكن على أساسها التخطيط للبرامج الوقائية في مجال تعاطى المواد النفسية في ثقافتنا المصرية؛ وذلك بلفتها الانتباه إلى مجموعة المهارات التى ينبغى أن تركز عليها هذه البرامج سواء على المستوى التأهيلى أم على المستوى الوقائى من الدرجتين الأولى والثانية.

الفصل العاشر

تنمية الكفاءة الاجتماعية كمدخل للوقاية من التعاطى والإدمان

محتويات الفصل

- أهمية التدريب على مهارات الكفاءة الإجتماعية.
- التدريب على المهارات الإجتماعية السلوكية.
- التدريب على مهارات الإدراك الإجتماعي.
- التدريب على المشكلات الإجتماعية.
- إعادة التنظيم المعرفي.
- التحكم في الإنفعالات غير الملائمة.
- الكفاءة الإجتماعية وبرامج الوقاية من تعاطي المخدرات.
- العوامل المرتبطة بفعالية التدريب على الكفاءة الإجتماعية في الوقاية من التعاطي.

يحظى التدريب على مهارات الكفاءة الاجتماعية باهتمام كبير من جانب الباحثين، بوصفه يلبى متطلبات واقعية لدى الأفراد، تتمثل فى الحاجة إلى رفع مستوى المهارة أو الكفاءة، وتعديل بعض السلوكيات السلبية، وتحسين بعض المهارات التى تعرضت للاضطراب بفعل المرض، وتحقيق درجة من التحصين تفيد فى الوقاية Prevention من التعرض للاضطرابات النفسية أو الجسمية، أو احتمالات التورط فى مشكلات سلوكية. وقد طور الباحثون والمعالجون الذين ينتمون إلى المنحى السلوكى عدداً من الأساليب للتدريب على مهارات الكفاءة الاجتماعية. وتستند تلك البرامج والأساليب إلى أسس نظرية مستمدة من نظريات التعلم وخصوصا نظريتى التشريط الفعال لسكنر والتعلم الاجتماعى لبندورا. وتكشف الدراسات الواقعية عن فعالية التدريب على تلك المهارات في زيادة الكفاءة الاجتماعية لدى المرضى والأسوياء على حد سواء، وذلك من خلال تدريس مدى من المهارات والاستراتيجيات الخاصة بالتعامل فى المواقف الاجتماعية التى تمثل تحديا للفرد. ويصاحب هذه البرامج تقييم لجوانب الاضطراب أو القصور، وبما يتيح التحديد الدقيق لأهداف التدخل، ورصد جوانب التحسن على المدى القصير والبعيد.

ولقد شهد المجال إعداد برامج تدريبية تغطى كل أو بعض هذه المتطلبات. وتبع ذلك تنوع كبير فى هذه البرامج، سواء من حيث الهدف المنوط تحقيقه، أم المحتوى السلوكى موضع الاهتمام، أم الجمهور المستهدف بالتدريب؛ فاستخدمت هذه البرامج لتدريب صغار المراهقين على مهارات السلوك التوكيدى (Thompson et al., 1996) وزيادة التفاعلات الاجتماعية لدى الأقران (Colton & Sheridan, 1998) وتنمية المهارات الاجتماعية لدى المتأخرين عقلياً (Leblanc, 1997)، والمكتئبين (Miller & Cole, 1998) والفصاميين (Hayes et al., 1995; Smith et al.. 1996)، والوقاية من الانتكاس لدى متعاطى المواد النفسية وشاربى

الكحول (Werch et al., 1998)، والوقاية من التورط فى فعل التعاطى (Godley & Velasquez, 1998; Mcdonald & Sayger, 1998; Miller et al., 1998)، بالإضافة إلى غيرها من برامج التدريب، والتى لا يتسع المجال للإشارة إليها.

ويعتمد التدريب على مهارات الكفاءة الاجتماعية على استخدام عدد من التدخلات أو الأساليب لعل أبرزها ما يلى :

١ - التدريب على المهارات الاجتماعية السلوكية :

يهدف التدريب السلوكى على المهارات الاجتماعية إلى إكساب الفرد رصيد ملائم من السلوكيات الأساسية التى من شأنها أن تترك انطباعاً جيداً عن الفرد لدى الآخرين فى المواقف الاجتماعية. وتشتمل هذه المهارات على سلسلة من الاستجابات غير اللفظية مثل الاستخدام المناسب للتواصل بالعين وتعبيرات الوجه، والمهارات اللفظية المؤثرة أثناء التفاعل مع الآخرين مثل نبرة الصوت ومعدل وحجم الحديث والتأثر بالانفعالات التى تؤثر على الطريقة التى يستجيب بها الآخرون، وهى مهارات مهمة للنتائج الاجتماعية. وتتشابه الأساليب السلوكية المستخدمة فى تدريس المهارات الاجتماعية مع غيرها من الأساليب التى يستعان بها لاكتساب أى مهارة أخرى، وهى تتضمن التلقين، والمناقشة، والنمذجة، وأداء الدور، والتكرار السلوكي، والعائد، والتدعيم (Spence,2003) .

وتستخدم أساليب التلقين والمناقشة والنمذجة فى إمداد الفرد بالمعلومات الضرورية عن الكيفية التى تؤدى بها استجابة اجتماعية ناجحة. ويعتمد القائم بالتدريب على شرائط فيديو لتوصيل هذه المعلومات، وفى أحيان أخرى يتم الاستعانة ببعض الأقران لتوضيح كيفية أداء المهارة. وفى هذه الحالة من المهم أن يتشابه النموذج القدوة مع المتدرب فى العمر والخلفية الاجتماعية والثقافية،

كما ينبغى استخدام هاديات واقعية قدر الإمكان فى موقف النمذجة، فضلاً عن تعليم المهارة من خلال خطوات ومكونات صغيرة حتى يتيسر التدريب عليها.

وتعتبر ممارسة الاستجابة المستهدفة جانباً مهماً لاكتساب المهارة وتحسنها. وقد تكون الممارسة جزءاً من جلسات التدريب على المهارات الاجتماعية، أو جزءاً من بعض الواجبات التى يطلب من المتدرب تأديتها في المنزل أو العمل أو المدرسة أو أى موقف اجتماعي آخر. وتستخدم سيناريوهات لعب الدور بشكل متكرر لممارسة المهارة المتعلمة، والتى عادة ما تكون ملائمة للمتدرب ومتعلقة بالمهارة موضع الاهتمام، ومفصلة، وواقعية قدر الإمكان، وتتضمن الأشخاص المهمين للمتدرب، ونماذج من الواقع الفعلى. وتمثل ممارسة المهارة قيمة للشخص إذا تبعتها نتائج مرضية للشخص. ويعد العائد على الأداء سواء أكان ذلك من خلال القائم بالتدريب أم من خلال الأشخاص المهمين للمتدرب ذا أهمية كبيرة لاستمرار المتدرب فى أداء الاستجابة المتعلمة بإتقان. ويلفت العائد الانتباه إلى الجوانب الإيجابية فى الأداء، والجوانب التى تحتاج إلى تعديل وتغيير. وتساعد أشرطة الفيديو فى التكرارالسلوكي للمهارة، وأداء الدور، وتتيح للمتدرب الحصول على عائد من خلال التقييم الذاتي لنفسه أثناء عرض الشريط .وتؤدي المكافأة دوراً مهماً فى تدعيم تحسن المهارة، ومن ثم ينبغى أن تعطي على التقاربات الناجحة للسلوك المستهدف، من قبل القائم بالتدريب وأقران المتدرب ومدرسيه ووالديه أو أى أشخاص آخرين مهمين للشخص .

٢- التدريب على مهارات الإدراك الاجتماعى :

يشير التدريب على مهارات الإدراك الاجتماعى إلى تعليم الفرد مراقبة وتمييز وتحديد الهاديات ذات الصلة بانفعالات ومشاعر الشخص نفسه، ومشاعر وانفعالات

ومنظور الآخرين في موقف التفاعل، والخصائص والقواعد الاجتماعية والسياق الاجتماعي النوعي للموقف. وييسر الإدراك الاجتماعى الدقيق للفرد تحديد مظاهر وجود مشكلة اجتماعية، وتوقيت ونوعية السلوك الاجتماعى المطلوب للحصول على نتائج اجتماعية ناجحة. وبذلك تعد مهارات الإدراك الاجتماعي مكوناً مهماً للمعرفة الاجتماعية. وعادة ما يكون التدريب على الإدراك الاجتماعى جزءاً من برامج التدريب على المهارات الاجتماعية، إذ رغم أهميته فإن التدريب المستقل عليه لا يؤدى إلى حدوث تحسن يذكر فى الكفاءة الاجتماعية للفرد. ويشمل التدريب على الادراك الاجتماعى مناقشة كتابات أو أشرطة فيديو تعرض لمواقف اجتماعية تمثل تحديا حقيقيا للفرد. ويتم الاستعانة ببعض المثيرات لتحديد الهاديات الاجتماعية في الموقف مثل : تعبيرات الوجه وهيئة الجسم ونبرة الصوت والتواصل بالعين، وغيرها من الحركات الاجتماعية المعقدة التى يتضمنها السيناريو. وتستخدم مختلف المعلومات فى الموقف لتحديد الانفعالات، وتعرف منظور الآخرين، والقواعد الاجتماعية الحاكمة للموقف الاجتماعى. وتختلف المضامين المقدمة فى السيناريوهات باختلاف المرحلة العمرية للمتدرب. ففى مراحل الطفولة يمكن الاستعانة بصور بسيطة وأشرطة فيديو تقدم منبهات غير لفظية مثل: تعبيرات الوجه وذلك لتدريب الأطفال على تسمية الانفعالات المعروضة (Spence, 2003).

ويدمج بيكر وزملاؤه (من خلال: سبنس، ٢٠٠٠، ص ص ٣٠٠-٣٠١) بين عدة عناصر علاجية، تسعى لتعليم المتدربين الآتي :

أ) تعرف مختلف المؤشرات الدينامية المعروضة .

ب) فهم المعايير الاجتماعية .

ج) الأداء التخيلى أو الفعلى لعديد من الاستجابات المرتبطة بالمؤشرات الدينامية.

د) ملاحظة المتدربين للمؤشرات الدينامية الخاصة بهم، والقيام بتعديلها بهدف تحسين التواصل.

ويوفر هذا البرنامج مخططاً جيداً للطريقة التى يتعلم بها الناس كيفية توجيه انتباههم إلى المؤشرات الاجتماعية التى يصدرها الآخرون وتفسير معانيها، وتشكيل مواقف يتم من خلالها تعلم هذه المهارات. مثال ذلك مراقبة مناقشات الآخرين وتعرف مؤشراتهم أثناءها، بهدف تحديد متي يقوم الشخص بإنهاء حديثه وترك الحديث للمنصت الذى يتوقع منه الآن أن يتكلم. وتتضمن الطرائق الخاصة بتعلم هذه المهارات التعليمات المباشرة، وملاحظة وتفسير المؤشرات، وعرض ومناقشة الاستجابات المناسبة لهذه المؤشرات، واستخدام العائد والمهام المنزلية. وبالتالى فإن الأساليب المستخدمة فى التدريب على مهارات السلوك الاجتماعى الصريح يمكن استخدامها هنا لتعليم المهارات المعرفية الاجتماعية للإدراك الاجتماعى.

٣- التدريب على حل المشكلات الاجتماعية :

يشمل التدريب على الكفاءة الاجتماعية عادة، التدريب على حل المشكلات الاجتماعية. ويعنى هذا المكون بتعليم الأفراد استراتيجيات تحديد الاستجابة التى يحتمل أن تكون أكثر فاعلية فى إدارة الموقف الاجتماعى الذى يمثل تحدياً للفرد. ورغم أن هذا الأسلوب يقترن بإسم توماس ديزوريللا ومارفن جولدفرايد (D'Zurella & Goldfried ,1971)، فإن جون ديوى أشار منذ زمن طويل في كتابه كيف نفكر إلى مهارة حل المشكلات، بوصفها عملية تشتمل على عدد من الخطوات تتمثل فى : الاعتراف بالمشكلة وإدراكها، وتعريف المشكلة وتحديدها، واقتراح الحلول الممكنة، واختيار أحد الحلول، والتنفيذ. ويؤكد كازدن أن عملية التدريب على حل المشكلات تشبه إلى حد بعيد الأسلوب الذى اقترحه جون

ديوى. وتسعى تلك العملية إلى تطوير طرائق عامة فى التعامل مع المشكلات بدلاً من التركيز على سلوك محدد (جمال الخطيب، ٢٠٠٣، ص ٣٤٩).

وقد تنوعت تفاصيل التدريب على مهارات حل المشكلات الاجتماعية باختلاف الباحثين. ورغم ذلك يكاد يجمع الباحثون على سلسلة من خطوات حل المشكلة تشمل :

أ) تحديد المشكلة الاجتماعية التى تحتاج إلى حل.

ب) التفكير في بدائل محتملة للحل بدلاً من الاستجابات المندفعة .

ج) التنبؤ بالنتائج المحتملة لكل بديل .

د) اختيار وتنفيذ الاستراتيجية التى يحتمل أن تؤدى إلى نتائج ناجحة .

ويتم تعليم هذة الخطوات غالباً من خلال تدريبات وألعاب توضح الخطوات في عدد من المواقف الاجتماعية .

ويستعين الباحثون بأسلوب التعليمات الذاتية من خلال ما يسمى بالحوار أو الحديث الذاتى وذلك لتوجيه العمليات المعرفية والسلوك الصريح للفرد. ويعتبر ميكنباوم وجودمان (١٩٧١) من أوائل الباحثين الذين استخدموا هذا الأسلوب بهدف تمكين الأفراد من تحقيق تحكم كبير فى سلوكهم. ويبدأ التدريب بإعطاء تعليمات من خلال القائم بالتدريب لتوجيه سلوك المتدرب، ويتبع ذلك قيام المتدرب بإصدار تعليمات لنفسه بصوت مرتفع ثم تصبح فيما بعد ضمنية. وقد استخدم هذا الأسلوب في برامج التدريب على حل المشكلات، ومنها برنامج التفكير بصوت مرتفع، والذى أعده كامب وباش (١٩٨١)، ومنذ ذلك الحين وهى تستخدم من قبل معالجى المهارات الاجتماعية. وبمجرد أن يتم تعلم كل خطوة فى حل المشكلة، يقوم القائم بالتدريب بنمذجة الخطوات لتوضيح حل مشكلة اجتماعية نوعية. ثم يطلب من

المتدربين التحدث بصوت مرتفع لتوجيه أنفسهم خلال مراحل حل المشكلة. وبمجرد نجاح هذه الخطوة، يبدأ المتدربون فيما يسمى بالحديث الصامت أثناء تلقين أنفسهم فى مراحل حل المشكلات. ويستخدم أسلوب التعليمات الذاتية أيضاً في تدريب الأفراد على تلقين أنفسهم أثناء القيام بمهارات اجتماعية لأداء استجابة متبناة. وتتطلب المرحلة الأخيرة فى التعليمات الذاتية أن يقوم الفرد بتقييم درجة نجاحه في الأداء، ومكافأة نفسه أو إدخال تعديل ملائم على الاستراتيجية المتبعة فى الاستجابة إذا تطلب الأمر ذلك (Spence, 2003).

وطور مايكل ماهوني (Mahoney, 1977) نموذجا سلوكيا معرفيا للتدريب على مهارات المواجهة أو ما يعرف بإسم نموذج العلم الذاتى. ويقوم هذا النموذج على مساعدة الشخص على اكتساب مهارات عامة للمواجهة مع مختلف ظروف الحياة اليومية، وتنمية المهارات التى تيسر عملية التوافق مع معظم المواقف الحياتية الصعبة. ويشتمل هذا النموذج على عدد من الخطوات كالتالى : حدد المشكلة، اجمع البيانات، حدد الأنماط والمصادر، اختبر الخيارات، حدد وجرب، قارن البيانات، حسن وعدل واستبدل. ويتم التدريب على هذه الخطوات من خلال استخدام أساليب النمذجة، وأداء الدور، والممارسة المعرفية.

واقترحت سبنس (Spence,1995) خطوات لتنمية وتطوير استراتيجيات حل المشكلات الاجتماعية لدى المراهقين، فى نموذج حمل اسم خطوات التحرى الاجتماعى. يتضمن النموذج ثلاث خطوات رئيسة هى : اكتشف، تفحص، حل. وتضم كل خطوة من الخطوات الثلاث السابقة التدريب على إعطاء تعليمات ذاتية لإنجاز حل ناجح للمشكلات. فخلال الخطوة الأولى يتعلم المتدرب أن يتوقف، ثم يحدد المشكلة؛ وفي الخطوة الثانية يتعلم أن يسترخى، ثم يحدد البدائل أو الخيارات المتاحة أمامه، وما يمكن أن يترتب عليها لاحقاً، ثم يحدد أفضل هذه البدائل، وعلى المتدرب أن ينتبه إلى الأفكار غير المفيدة. وخلال الخطوة الأخيرة

يتعلم المتدرب أن يضع خطة، وأن يستدعى مهاراته الاجتماعية، ثم ينفذ الخطة، ويقيم ما أنجزه.

٤ - إعادة التنظيم المعرفى :

حظيت الحاجة إلى إعادة التشكيل المعرفى وخفض مظاهر سوء التوافق المعرفى باهتمام باحثى الكفاءة الاجتماعية؛ فبعد أن تكتمل مراحل اكتساب المهارات الاجتماعية، يصبح المتدربون فى حاجة إلى تعلم الكيفية التى يستخدمون بها مهاراتهم المكتسبة فى مواجهة تفاعلات البيئة الفعلية. ومن ثم تصبح إعادة التنظيم المعرفى مطلبا مهما لضمان انتقال أثر التدريب. وفي هذا الصدد يتم تصحيح الأفكار الخاطئة لدى الفرد عن نفسه، وتغيير التوقعات الخاصة بالنتائج السلبية عندما يستجيب الفرد بصورة مختلفة فى المواقف الاجتماعية (معتزعبدالله، ١٩٩٨). ويرى ألبرت أليس (من خلال : عبدالستار إبراهيم، ١٩٨٨، ص٢٤٦) أن استجاباتنا خلال المواقف الاجتماعية، تحدث بسبب طريقة إدراكنا وتفكيرنا فى هذه المواقف. وبناء عليه تأتى استجاباتنا إما معقولة أو لا معقولة وذلك بحسب اتجاه التفكير .

وتؤكد سبنس (٢٠٠٠، ص٢٧٤) أن أفكارنا واتجاهاتنا ومعتقداتنا تمارس تأثيراً بالغاً على الطريقة التى نفسر بها المواقف الاجتماعية، وعلى الحلول التى نختارها للمشكلات الاجتماعية، أو اختيار الاستجابات الملائمة خلال التفاعل الاجتماعى مع الآخرين، أو مواقف إدارة الصراع. وفى هذا الصدد تشير الدراسات إلى النتائج المهمة التالية :

أ) أن الحوار الداخلى Self Statement الذى يدور فى ذهن الفرد إبان مواجهته لموقف اجتماعى ما يتطلب إصدار استجابة مؤكدة، من شأنه إن كان ذا طابع سلبى أن يكف الاستجابة المؤكدة، والعكس صحيح.

ب) أن الفرد يزن العواقب التى يتوقع أن تنتج عن سلوكه، ويختار السلوكيات ذات العواقب الأفضل قبل أن يتصرف إما على نحو أكثر أو أقل توكيداً، وأنه يزن فى الوقت نفسه آثار الأفعال البديلة ويصل إلى حل يحفظ حقوقه وحاجاته.

ج) أن تبنى مفهوم إيجابى عن الذات من بين الخصال الأساسية للفرد المؤكد لذاته، وفى المقابل فإن تبنى مفهوم سلبى عن الذات يؤدى إلى سلوك منخفض التوكيد. فالتوكيد قد يكون محاولة للترجمة الفعلية للتصورات الإيجابية أو السلبية عن الذات. معنى ذلك أن من يدرك ذاته على أنه خجول، قد يلجأ إلى أن يسلك على نحو منخفض التوكيد أثناء التفاعل فى مواقف المواجهة.

د) أن توكيـــد الذات ينخفض فى ظل التفـــكير اللامنطقى؛ فقد تبين أن من لديهم معتقدات غير منطقية كانوا أقل توكيداً فى مواقف الحياة الفعلية، حيث تؤثر تلك المعتقدات على طبيعة تقويم الفرد لذاته، ولأدائه، وفى إدراكه لسلوك الآخر، ومن ثم توجه ردة فعله نحوه (طريف شوقى، ١٩٩٨، ص ص ١٦١-١٦٩).

من هنا يتبين أهمية إعادة التنظيم المعرفي كمكون رئيس في برامج التدريب المعنية بتحسين وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى الأفراد والجماعات.

٥ - التحكم فى الانفعالات غير الملائمة :

سبق وأن أشرنا فى الفصل السابع إلى الدور الذى يؤديه القلق في كف الاستجابات الاجتماعية التى تتسم بالكفاءة، لذا كان من المهم أن يتضمن التدريب على الكفاءة الاجتماعية تعلم طرائق مناسبة لخفض القلق. ويُعد التدريب على الاسترخاء من أبرز الأساليب استخداماً فى هذا الصدد. ويرتبط هذا الأسلوب بإدموند جاكبسون، وهو يعتمد على تصور نظرى مؤداه أن إرخاء العضلات يؤدى إلى حالة من الهدوء والراحة نتيجة لخفض نشاط الجهاز العصبى الذاتي

الكفاءة الاجتماعية وبرامج الوقاية من تعاطى المخدرات :

اكتشفت المجتمعات الإنسانية منذ وقت مبكر أن اللجوء إلى إجراءات الوقاية يعتبر خطوة بالغة الأهمية فى مجال التصدى لكثير من المشكلات الاجتماعية، والاضطرابات الصحية النفسية والبدنية. ويعتبر ميدان التعاطى والإدمان من أنسب الميادين للأخذ بهذا التوجه؛ فخير للمجتمعات الأخذ بهذه الجهود نظراً لأنها أسلم عاقبة من الانتظار حتى تبلغ مشكلة التعاطى والإدمان أبعادا خطيرة، ثم إنها أقل تكلفة من حيث المال اللازم، وأقل مشقة من حيث الجهد المبذول (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص ١٩٥).

تعرف مشروعات أو برامج الوقاية بأنها أية تدابير نتخذها أو نخطط لها، تحسبا لمشكلة لم تقع بعد، أو تحسبا لتعقيدات تطرأ على ظروف قائمة فعلاً. ويكون الهدف من هذه التدابير هو الإعاقة الكاملة أو الجزئية لحدوث المشكلة أو التعقيدات أو كليهما. ويميز الخبراء بين ثلاث درجات من الوقاية هى : الوقاية الأولية، أو الوقاية من الدرجة الأولى، ويقصد بها إجراءات الإعاقة الكاملة لظهور المشكلة أصلاً، والوقاية الثانوية، ويقصد بها الإجراءات التي نتخذها للحيلولة دون ظهور تعقيدات جديدة لمشكلة نسلم بوجودها فعلاً. والوقاية من الدرجة الثالثة، ويشار بها إلى الإجراءات التى نتخذها حتى لا تعود المشكلة إلى الظهور، كأن نعالج المدمن حتى يبرأ من إدمانه، ثم نتخذ تدابير معينة للحيلولة دون الانتكاسة من جديد (مصطفى سويف، ١٩٩٩، ص ص٣٢-٣٣).

وتدخل إجراءات الوقاية بمستوياتها الثلاثة ضمن جهود خفض الطلب، والتي يشار بها إلى جميع السياسات والإجراءات التى تستهدف خفض رغبات المتعاطين فى سبيل الحصول على المواد المخدرة إلى أدنى درجة ممكنة، وهى تقف فى مقابل جهود مكافحة العرض والتى ترمى إلى مكافحة التهريب

والزراعة والتصنيع والاتجار والتوزيع والحيازة غير المشروعة للمواد المخدرة (مصطفى سويف، ١٩٩٦).

وتمتد جهود خفض الطلب على المخدرات إلى أربعينيات القرن الماضى، عندماعرضت الحكومة الفيدرالية الأمريكية فيلم جنون سيجارة القنب والذى عمد إلى إثارة رعب المراهقين من تعاطي الماريجوانا. وخلال حقبتي الخمسينيات والستينيات لجأ المتخصصون إلى اتباع بعض الأساليب التربوية العقلانية التي تعتمد على تزويد الطلاب بمعلومات عن الآثار الضارة للمخدرات. ومع عجز استراتيجية الترهيب والتخويف من الآثار الضارة للمخدرات، أضاف القائمون على هذه البرامج بُعداً معرفياً فى التربية الموجهة نحو التعامل الفعال مع المخدرات، وذلك للعمل على رفع كفاءة بعض الجوانب المعرفية فى الشخصية مثل : تقدير الذات، ومصدر الضبط، والقدرة على اتخاذ قرارات، استناداً إلى أن تعاطى المخدرات يكشف عن قدر من سوء التوافق النفسي قبل إقدامه على التعاطى (الحسين عبد المنعم، ١٩٩٨).

وخلال العقود الثلاثة الماضية نشطت جهود الباحثين في الإتيان بجهود تركز على مزيد من جوانب الشخصية ومنها التدريب على الكفاءة الاجتماعية، بما تتضمنه من مهارات حل المشكلات الاجتماعية، والمهارات الاجتماعية وغيرها من المهارات التى بينت النتائج ارتباطها بطريقة أو بأخرى بالإقدام أو التوقف عن التعاطى.

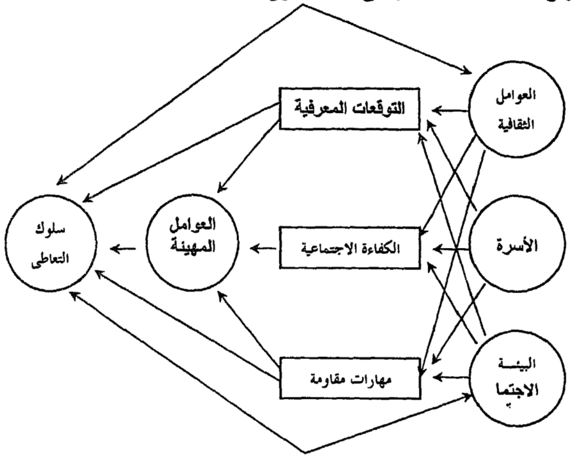
ويربط الباحثون بين عدد من متغيرات الشخصية، وبدء التعاطى أوالعودة إليه، ولعل أبرزها : صعوبة التحكم فى الاندفاعات، وصعوبة مواجهة الضغوط، وعدم تحمل الإحباط، والأنماط السلبية الاعتمادية للسلوك ، والتمركز حول الذات مع أنماط سلوكية تتسم بالأنانية والذاتية (بشــير الرشــيدى وآخرون، ٢٠٠٠،

ص ص ٩٥-٩٦)، واضطراب العلاقات الشخصية المتبادلة، وانخفاض تقدير الذات، وقصور مهارات العناية بالذات (Khantzian, 1990)، وعدم المبادأة، والعجز عن تحمل المسؤولية (Johnes & Chinnick, 1993)، واضطراب القدرة اللفظية، والسلوك المناهض للمجتمع (Shulzinger et al., 1986)، ومصدر الضبط الخارجى، واضطراب مفهوم الذات، وغياب الدعم الاجتماعى (Mott, 1991)، وتبنى دفاعات عدوانية فى مواجهة المشكلات، وتبنى الاستراتيجيات القائمة على التحاشى كاسلوب لمواجهة المشكلات الاجتماعية (Nezu et al., 1989, p. 48). وهى متغيرات تعكس فى معظمها مظاهر واضحة لاضطراب الكفاءة الاجتماعية. وتكشف تلك المتغيرات عن مدى التعقيد الذى تتسم به ظاهرة التعاطى؛ وعلى ذلك فإن التصور المقبول فى هذا السياق يقوم على افتراض بأن سلوك التعاطى ينشأ نتيجة التفاعل الدينامى بين الفرد بخصاله السيكولوجية وبيئته الثقافية الاجتماعية. وتبعاً لذلك لا يمكن تفسير هذا السلوك على ضوء عامل واحد فقط، حيث أنه مرهون بمجموعة من العوامل المتشابكة، بعضها يزيد من احتمالية انخراط الفرد فى التعاطى، بينما يقلل بعضها الآخر من هذه الاحتمالية.

وتنشأ مهارات الكفاءة الاجتماعية نتيجة التفاعل بين العوامل البيولوجية والثقافية والاجتماعية، وهي تقف خلف العوامل السيكولوجية (فعالية الذات، مفهوم الذات، المخاطرة، الاندفاعية، التوافق... إلخ) المسؤولة بشكل مباشر عن سلوك التعاطى، ومن ثم فإن التحكم فيها يؤدى إلى تعديل فى العوامل السيكولوجية، وبالتالى سلوك التعاطى. ولذلك فإن التدريب على مهارات الكفاءة الاجتماعية (اتخاذ القرار، وحل المشكلات، ومهارات الرفض) من شأنه أن يحسن من عملية التوافق النفسى والاجتماعى والقدرة على حل المشكلات،

ومنحى المهارات التوكيدية، وبالتالى يساعد فى تعديل سلوك التعاطى (الحسين عبد المنعم، ١٩٩٨).

ويوضح الشكل (٢) تصوراً افتراضياً لسلوك البدء فى التعاطى، وموضع مهارات الكفاءة الاجتماعية فى هذا التصور.



شكل (٢) تصور افتراضى لسلوك البدء فى التعاطى
نقلاً عن (الحسين عبدالمنعم، ١٩٩٨)

ويفسر هذا التصور العلاقة بين اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية وتعاطى المواد النفسية، من خلال التفاعل بين شبكة من المتغيرات، أو من خلال ما يسمى بالمتغيرات الوسيطة أو المعدلة. ويبدو ذلك جلياً فى التعامل مع

مهارات الكفاءة الاجتماعية بوصفها خلفية أو بطانة لعوامل أخرى مسئولة بشكل مباشر عن سلوك التعاطى، وبالتالى فهى عوامل مهيئة وليست مفجرة لهذا السلوك؛ وهو ما يجعلها تأخذ موقعها المتميز على متصل الاستهداف/ الحصانة بالنسبة للتعاطى، فكفاءتها تزيد من عوامل الحماية، فى حين أن اضطرابها يدعم من عوامل الخطورة، ومن ثم الاستهداف للتعاطى. على ضوء ذلك، اتجه الباحثون (Gorman, 1998) إلى تدريب المتعاطين على عديد من المهارات، وبصفة خاصة مهارات حل المشكلات الاجتماعية، ومهارات التوكيد، ومهارات التواصل الاجتماعى، وذلك لمساعدتهم على تعلم استراتيجيات إيجابية لمواجهة متطلبات الحياة اليومية ومقاومة العودة للشرب والتعاطى (e.g., Pentz, 1983; Botvin & Wills, 1985; Barker, 1992; Gorman, 1998; Roche, 1998; Botvin, 1998; Monti & Leary, 1999; Sheir & Botvin, 1998; Monti et al., 2002, p.56 ؛ الحسين عبدالمنعم، ١٩٩٩ .

وتُعد البرامج التى تقوم على أسس العلاج المعرفى السلوكى من أكثر البرامج انتشاراً وتحقيقاً للنجاح مع متعاطي الكحوليات والمواد النفسية الأخرى. وهي تركز غالباً على تنمية الكفاءة الاجتماعية، وذلك من خلال التدريب على الجوانب التالية :

١ – مهارات التفاعل، وذلك بهدف تحسين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين.

٢ – مهارات المواجهة المعرفية الوجدانية لتنظيم الوجدان.

٣ – مهارات المواجهة الخاصة بإدارة أحداث الحياة اليومية، والأحداث الضاغطة، ومواقف الخطورة المرتبطة بشرب الكحوليات وتعاطى المواد النفسية.

٤ – المواجهة مع الهاديات المرتبطة بالتعاطى، وذلك من خلال تنمية الفعالية الذاتية (Oleary & Monti, 2002, pp. 234-235).

ويتبين قيمة هذه الجوانب إذا وضعنا فى اعتبارنا ما يفترضه نموذج التوقع Expectation. model من أن المتعاطين يعتقدون بأن التعاطى سوف يترتب عليه عائد مرغوب فيه أو نتيجة مرجوة، سواء فيما يختص بخفض التوتر، أو الحصول على اللذة، وزيادة القوة، وتحسن القدرة على المواجهة، وغيرها من المعتقدات والتوقعات التى يتم تعلمها فى فترة مبكرة من الحياة عن طريق الأسرة، وجماعات الأقران، والجماعات الاجتماعية التى يتفاعل معها الفرد. فلا سبيل إذا إلى نجاح برامج الوقاية من دون تعديل هذه التوقعات ودحض تلك المعتقدات، واكتساب استراتيجيات للمواجهة تتسم بالإيجابية والفاعلية.

وقد أجريت سلسلة من الدراسات لتقويم مدى فاعلية التدريب على هذه المهارات فى خفض معدلات التعاطى وتحسين مهارات التواصل الاجتماعى، والمواجهة، وحل المشكلات الاجتماعية، والرفض لدى المتعاطين؛ فقد قام بوتفن وزملاؤه (Botvin et al., 1980) بتدريب مجموعة من المراهقين المدخنين على مهارات الحياة Life skills ، وذلك بهدف خفض معدل التدخين لديهم. تكونت عينة الدراسة من ٢٨١ مراهقاً مدخناً يمثلون المجموعة التجريبية، يناظرهم عدد مماثل فى المجموعة الضابطة. وقد تلقى المدخنون فى المجموعة التجريبية برنامجاً للتدريب على مهارات حل المشكلات، وإدارة الغضب، وإدارة القلق، ومهارات التوكيد، وذلك على مدار عشر جلسات. وأظهرت نتائج المقارنة بين الأداء القبلى والبعدى، تحسناً واضحاً فى تلك المهارات لدى المشاركين فى المجموعة التجريبية، وانخفاضاً ملحوظاً فى عدد المدخنين بلغ ٧٥% بعد انتهاء البرنامج مباشرة، ثم أصبحت نسبة الانخفاض ٦٧% بعد مرور ثلاثة شهور.

وقام كوستن وزملاؤه (Kosten et al., 1986) بإجراء دراسة استهدفت التحقق من كفاءة العلاج الأسرى المتعدد Multifamily therapy فى الوقاية من الانتكاس. تكونت عينة الدراسة من ثمانية من المعتمدين على الأفيون وأسرهم، وبلغ متوسط العمر لدى هؤلاء المعتمدين ٢٦ عاماً. قام الباحثون بإجراء تقييم قبلى وبعدى لعدد من الجوانب المتصلة بكفاءة الأسرة، واستمر البرنامج العلاجى ستة عشر أسبوعاً. وقد أظهرت نتائج المقارنة بين التقييم القبلى والبعدى والمصحوب بشرائط تلفازية رصدت التغيرات التى طرأت على عملية التفاعل بين المعتمدين على الأفيون وأسرهم، حدوث تحسن واضح فى الكفاءة الإجمالية للأسرة، بما تتضمنه من حل المشكلات، والاستقلالية؛ غير أن ذلك التحسن لم يكن ذا دلالة فى منع انتكاسة المعتمدين على الأفيون. وخلص الباحثون من ذلك، إلى أن برنامج العلاج الأسرى المتعدد من شأنه أن يحقق تقدماً بالنسبة للمعتمدين على المواد النفسية وأسرهم، بحيث يجعلهم أكثر استقراراً ومرونة، وهو تحسن يمكن أن يفيد كثيراً من المتعاطين السابقين فى الحفاظ على حالة التوقف عن التعاطى لأطول وقت فترة ممكنة.

وأجرى بلات وزملاؤه (Platt et al., 1988) دراسة استهدفت التحقق من كفاءة برنامج حل المشكلات المعرفية والاجتماعية فى تنمية هذه المهارات لدى الناقهين المعتمدين على الهيروين والكحول، من نزلاء إحدى مصحات علاج الإدمان بأمريكا. وقد تضمن البرنامج التدريب على مهارات التواصل اللفظى وغير اللفظى، وتوليد بدائل حل المشكلات، واختبار مدى كفاءة الحل، والتدريب على المهارات التوكيدية؛ وقد أوضحت نتائج المقارنة بين الأداء القبلى والبعدى نجاح البرنامج فى إكساب هؤلاء الناقهين مجموعة من المهارات الخاصة بحل المشكلات المعرفية والاجتماعية على حد سواء، والتى من شأنها أن تقلل من احتمالات الانتكاسة لديهم.

وقام ين وزملاؤه (Yen et al., 1989) بإجراء دراسة بهدف تقييم كفاءة برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية فى الوقاية من تعاطى المواد النفسية. تكونت عينة الدراسة من ٣٢ متعاطياً تراوحت أعمارهم بين ١٦-٥٧ سنة. وقد تضمن البرنامج تحسين المعرفة المتعلقة بتعاطى المواد النفسية، والتدريب على مهارات إدارة الغضب ومواجهة الضغوط. وقد كشفت نتائج المقارنة بين الأداء القبلى والبعدى عن حدوث تحسن دال فى تلك المهارات، كما قرر قادة المجموعات العلاجية أن هذه البرامج كانت فعالة فى تعديل الاتجاهات والسلوكيات المرتبطة بالتعاطى.

وأجرى هاوكينز وزملاؤه (Howkins et al., 1989) دراسة بهدف فحص أثر التدريب على المهارات الاجتماعية فى خفض احتمالات التعاطى بعد تلقى العلاج. تكونت عينة الدراسة من ١٣٠ متعاطياً تراوحت أعمارهم بين ١٥-٥٥ سنة، تم توزيعهم على مجموعتين، بحيث تمثل إحداهما المجموعة التجريبية، والأخرى بمثابة المجموعة الضابطة. وقد تعرض أفراد المجموعة التجريبية لبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية لمدة عشرة أسابيع، من خلال تنمية مهارات أداء الدور. وكشفت نتائج المقارنة بين الأداء القبلى والبعدى عن حدوث تحسن دال فى المهارات الاجتماعية لدى أفراد المجموعة التجريبية، كما أظهرت نتائج المتابعة أن أفراد المجموعة التجريبية كانوا أكثر نجاحاً فى خفض معدل التعاطى من أفراد المجموعة الضابطة.

ومن خلال دراسة تتبعية، حاول بوتفن وزملاؤه (Botvin et al., 1990) فحص الآثار طويلة المدى لبرنامج التدريب على مهارات الحياة فى خفض معدلات التدخين وشرب الكحول بين المراهقين. شمل المسح ٣٥٩٧ مراهقاً من ولاية نيويورك، وقام الباحثون بجمع البيانات المتعلقة بالتعاطى قبل بداية

البرنامج، ثم أعيد جمعها مرة أخرى بعد مرور ست سنوات. وقد أشارت النتائج إلى انخفاض نسب المدخنين، وشاربى الكحوليات، ومتعاطى الماريجوانا كدلالة مباشرة للتعرض للبرنامج التدريبى على مهارات الحياة، والذى أثر بشكل دال فى معارف المراهقين واتجاهاتهم نحو التعاطى، وساعد فى تنمية مهارات الرفض والمقاومة للمؤثرات الاجتماعية المشجعة على التعاطى، وتنمية مهارات إدارة الذات، وتحسين القدرة على اتخاذ القرارات وحل المشكلات.

وفى الدراسة التى قام بها كابلان وزملاؤه (Caplan et al., 1992) بهدف فحص أثر التدريب على مهارات حل المشكلات على خفض معدلات شرب الكحول لدى المراهقين، قام الباحثون بتقديم برنامج وقائى إلى ٢٨٢ مراهقاً بالصفين السادس والسابع. وقد اشـتمل هذا البرنامج على عشـرين جلسة تضمنت ست وحدات هى : إدارة الضغوط Stress management ، وتقدير الذات، وحل المشكلات، والمعلومات المرتبطة بالتعاطى والصحة، وتوكيد الذات، وشبكة العلاقات الاجتماعية. وكشفت نتائج المقارنة بين الأداء القبلى والبعدى عن حدوث تحسن واضح فى مهارات هؤلاء المراهقين فى التعامل مع المشكلات الاجتماعية، ومواجهة القلق، كما أقر المدرسون بتحسن مهارات المراهقين فى حل الصراع مع الأقران، والتحكم فى الاندفاعات. وقد ارتبط ذلك بالتقرير الذاتى لهؤلاء المراهقين بامتناعهم أو توقفهم عن شرب الكحول.

وفى محاولة للمقارنة بين كفاءة أسلوبين للتدخل الوقائى من شرب الكحوليات، قام جيتر وزملاؤه (Getter et al., 1992) بإجراء دراسة على عينة من ٩٦ كحولياً أنهوا فترة العلاج الطبى؛ وقد قام الباحثون بتوزيعهم على مجموعتين متماثلتين، بحيث تتلقى المجموعة الأولى برنامجاً للتدريب على مهارات المواجهة من خلال مشاهدة شريط تلفازى يعرض لعدد من هذه

المهارات، بينما تتلقى المجموعة الثانية تدريبات فعلية لتنمية مهارات المواجهة وحل المشكلات من خلال أداء الدور Role play . وقد أشارت النتائج إلى تفوق المجموعة الثانية على المجموعة الأولى فى التعلم الشخصى Personal learning ، والقدرة على الكشف عن المشاعر، والقدرة على التركيز، وتحسن مهارات حل المشكلات، فضلاً عن انخفاض معدل التعاطى بينهم.

وأجرت جروس وماكويل (Gross & McCaul, 1993) دراسة لتقييم كفاءة برنامج للتدريب على مهارات حل المشكلات فى خفض معدلات التعاطى، وزيادة التوافق النفسى والاجتماعى بين متعاطى المواد النفسية. قدم البرنامج إلى ١٠٨ طفلاً ومراهقاً يتعاطون المواد النفسية، وقد بلغ متوسط العمر لديهم ١٣.٦ سنة. واستمر البرنامج ثلاثة عشر أسبوعاً؛ وكشفت نتائج المقارنة بين الأداء القبلى والبعدى عن عدم حدوث تحسن ذى دلالة لدى هؤلاء الأطفال والمراهقين فى مستوى الاكتئاب، أو تقدير الذات، أو المشكلات السلوكية، أو معدل تعاطى المواد النفسية.

وحاول مار وفير شايلد (Marr & Fairchild, 1993) تقييم أثر تنمية مهارات حل المشكلات فى خفض معدلات التعاطى لدى المتعاطيات. تكونت عينة الدراسة من أربع سيدات يخضعن للعلاج من الاعتماد على المواد النفسية، وتتراوح أعمارهن بين ٢٦-٤١ عاماً. وقد شاركت السيدات الأربع فى برنامج لتحسين مهارات اتخاذ القرار، وتنمية مفهوم الذات. وقد كشفت نتائج المقارنة بين التقييم القبلى والبعدى عن نجاح البرنامج فى تنمية مهارات اتخاذ القرار، ومفهوم الذات لدى السيدات المتعاطيات، فضلاً عن خفض معدلات التعاطى لديهن.

وسعى بيروت وزملاؤه (Peyrot et al., 1994) إلى تحديد مدى كفاءة برنامج للعلاج المعرفى السلوكى فى خفض التعاطى لدى مجموعة من المسجونين المتعاطين. أجريت الدراسة على ٦٠٧ متعاطياً، و١٣١ متعاطية، استمر ٤٢٩

متعاطياً منهم فقط حتى نهاية البرنامج. تضمن البرنامج إمداد المتعاطين بمجموعة من المهارات المعرفية والسلوكية، التى من شأنها أن تمكنهم من مقاومة ورفض تعاطى المواد النفسية. وقد اشتملت تلك التدريبات على : التفكير التسلسلى، ومهارات إدارة الصراع، ومواجهة الضغوط. وبعد مرور سنتين من تقديم هذه التدريبات، أوضحت نتائج المقارنة بين الأداء القبلى والبعدى، حدوث تحسن دال على تلك المهارات، صاحبة تعديل فى اتجاهات هؤلاء المتعاطين نحو التعاطى وشرب الكحول، وخفض دال فى معدلات التعاطى.

وحاول إجرت وزملاؤه (Eggert et al., 1994a) الحد من مظاهر سوء التوافق النفسى والاجتماعى (الفشل الدراسى، والانحرافات المدرسية، ومحاولات الانتحار) لدى المراهقين المتعاطين، وذلك من خلال تعريضهم لبرنامج تدريبى على مهارات الحياة، وبخاصة مهارات احترام الذات، واتخاذ القرار، والضبط الشخصى، والتواصل مع الآخرين. وقد اشتملت عينة الدراسة الاستطلاعية على ١٤٦ مراهقاً متعاطياً، فى حين تكونت العينة فى الدراسة الأساسية من ٢٠١ مراهقاً متعاطياً. وأظهرت نتائج المقارنة بين الأداء القبلى والبعدى على مستوى مرحلتى الدراسة، تناقصاً دالاً فى الانحرافات السلوكية، وفى معدلات التعاطى، ومحاولات الانتحار بين المستهدفين منهم بدرجة عالية.

وفى دراسة شيهان وزملائها (Sheehan et al., 1996) هدف الباحثون الكشف عن أثر التدريب على مهارات مواجهة مشكلات الحياة اليومية على خفض معدلات شرب الكحوليات بين المراهقين. اشتمل البرنامج التدريبى على اثنتى عشرة جلسة لتنمية مهارات حل مشكلات الحياة اليومية، من خلال عدد من الاستراتيجيات المستمدة من نظرية تخطيط السلوك لأجزن Ajzen ومادن Maden . وقد قدم البرنامج إلى ٨٨٧ مراهقاً استرالياً، يمثلون المجموعة

التجريبية؛ فى حين استعان الباحثون بعدد مماثل من المراهقين لم يتعرضوا لهذا البرنامج كمجموعة ضابطة. وقام الباحثون بمتابعة آثار البرنامج لمدة ثلاث سنوات؛ وأظهرت نتائج المقارنة بين التقييم القبلى والبعدى للمراهقين المشاركين فى البرنامج، حدوث انخفاض واضح فى معدلات شرب الكحوليات، وتحسن دال فى مهارات حل مشكلات الحياة اليومية؛ وهو ما يؤكد تبنى المراهقين الذين يشربون الكحول لاستراتيجيات مواجهة جديدة، تعتمد على إعادة تخطيط المواقف تجاه المواد النفسية.

وقام هيساتومى وزملاؤه (Hisatomi et al., 1997) باختبار مدى كفاءة برنامج للتدريب على مهارات إدارة الذات، وحل المشكلات فى خفض معدلات التعاطى بين الكحوليين. تكونت عينة الدراسة من ٣١ ذكراً وأنثى واحدة ممن يخضعون للعلاج من الاعتماد الكحولى فى مستشفى كيو ريهاما باليابان؛ وتراوح المدى العمرى للمشاركين بين ٢٣-٦٧ سنة. وقد أشارت نتائج المقارنة بين الأداء القبلى والبعدى إلى حدوث تحسن واضح فى مهارات حل المشكلات، والقدرة على إدارة المواقف، فضلاً عن اكتساب هؤلاء الكحوليين معلومات عن أضرار شرب الكحول، وانخفاض معدلات الشرب لديهم.

وأجرى لوسيوتو وزملاؤه (Losciuto et al., 1997) دراسة استهدفت التحقق من فعالية التدريب على مهارات حل المشكلات فى خفض تدخين التبغ وتعاطى المخدرات الطبيعية بين المراهقين. اشتملت عينة الدراسة على ٤٥٣ مراهقاً متعاطياً، تراوحت أعمارهم بين ١٢-١٤ عاماً، تم توزيعهم عشوائياً على مجموعتين، بحيث تمثل إحداهما المجموعة التجريبية، فى حين تمثل الأخرى المجموعة الضابطة. وقد أوضحت النتائج حدوث تحسن فى مهارات حل المشكلات لدى أفراد المجموعة التجريبية التى تعرضت للبرنامج التدريبى، مع

انخفاض واضح فى معدل تعاطى المواد النفسية، وذلك بالمقارنة بالمراهقين المتعاطين فى المجموعة الضابطة.

وقامت فالنتين وزملاؤها (Valentine et al., 1998) بإجراء دراسة استهدفت تدريب مجموعة من المراهقين الأمريكيين من ذوى الأصول الأسبانية والأفريقية على المهارات الاجتماعية، وتقدير الذات، وحل المشكلات، وتحسين التوافق المرتبط بالسلوك الصحى، وذلك لمساعدتهم على خفض معدلات شرب الكحول، وتدخين التبغ. وقد أشارت نتائج المقارنة بين الأداء القبلى والبعدى إلى حدوث انخفاض دال فى الشعور بالاكتئاب، وتحسن واضح فى المهارات الاجتماعية، والأداء المدرسى، وانخفاض دال فى معدلات تدخين المراهقين التبغ، والماريجوانا، وشرب البيرة، فى حين لم يطرأ تحسن على تقدير الذات، وحل المشكلات.

وفى الدراسة التى قام بها برايسون (Bryson, 1999)، استهدف الباحث فحص أثر التدريب على مهارات الرفض فى امتناع المراهقين عن تعاطى المواد النفسية. أجريت الدراسة على ١٨٨ مراهقاً متعاطياً، تعرض نصفهم لبرنامج تدريبى على مهارات الرفض فى أعقاب انتهاء فترة العلاج الطبى. ويهدف هذا البرنامج إلى تحسين القدرة على الرفض ومقاومة الإغراءات. وقد كشفت نتائج المقارنة بين الأداء القبلى والبعدى عن حدوث تحسن دال فى مهارات الرفض والمقاومة لدى المراهقين الذين تعرضوا للبرنامج، كما تبين حدوث تفاعل بين الدرجة التى حصل عليها الفرد على مهارات الرفض والاستجابة للعلاج. وأظهرت نتائج المتابعة التى استمرت ستة أشهر، وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة سواء على مستوى التحسن فى تلك المهارات أم الاستجابة للعلاج، أم خفض معدلات التعاطى.

وفى دراسة موجى وزملائه (Moggi et al., 1999) قام الباحثون بفحص مهارات المواجهة لدى المتعاطين من ذوى التشخيص الثنائى الذين شاركوا فى برامج للعلاج من الاعتماد على المواد النفسية. تكونت عينة الدراسة من ٩٨١ مريضاً شاركوا فى ١٥ برنامجاً للعلاج من تعاطى المواد النفسية، وقد تضمن التقييم مهارات المواجهة، والاتجاه نحو تعاطى المواد النفسية، ومناخ العلاج، والرعاية اللاحقة، والأعراض الطب نفسية لدى هؤلاء المشاركين. وكشفت النتائج عن أن المتعاطين من ذوى التشخيص الثنائى أظهروا تحسناً فى مهارات المواجهة، والمهارات التوافقية، وذلك خلال فترة المتابعة التى استمرت لمدة عام، وارتبط التدريب على مهارات المواجهة عموماً بالتخلص من الأعراض الطب نفسية (القلق والاكتئاب)، مما يشير إلى فعالية التدريب على مهارات المواجهة فى خفض احتمالات الانتكاس لدى المتوقفين عن التعاطى من ذوى التشخيص الثنائى.

وقام أبوت ومساعدوه (Abbott et al., 1999) بإجراء دراسة لتقييم فاعلية برنامج تدريبى لتنمية مهارات حل المشكلات، ومهارات التواصل، ومهارات الرفض Refusal skills ، فى وقاية ٨٣ متعاطياً للميثادون من التعرض للانتكاس فى أعقاب انتهاء فترة العلاج. وقد أظهرت نتائج المقارنة بين الأداء القبلى والبعدى، انخفاضاً فى معدلات تعاطى الميثادون خلال الأشهر الستة التالية على تقديم البرنامج، مع تحسن دال فى المهارات التى اشتمل عليها البرنامج.

وأجرت بارثولوميو وزملاؤها (Bartholomew et al., 2000) دراسة لتقويم مدى فاعلية أحد برامج التدخل العلاجى فى خفض تعاطى المواد النفسية. تكونت عينة الدراسة من ١٢٢ مشاركاً ممن تم إيداعهم بإحدى المؤسسات العلاجية، وقد تراوحت أعمارهم بين ١٧-٥٧ سنة. وتعرض المشاركون لبرنامج تضمن التربية النفسية Psycho education المرتبطة بالوقاية من تعاطى المواد النفسية،

والممارسات الجنسية الخاطئة، ومهارات التواصل الاجتماعى الناجح. وقد أظهرت نتائج المقارنة بين الأداء القبلى والبعدى حدوث تحسن واضح فى مهارات التواصل لدى هؤلاء المتعاطين، وزيادة واضحة فى المعرفة النفسية المرتبطة بمشكلات التعاطى، وتغيير الاتجاهات نحو التعاطى، مع خفض دال فى معدلات تعاطى المواد النفسية.

وأخيراً، أجرى فولكنر (Faulkner, 2002) دراسة استهدفت تقييم مدى قدرة المتعاطين الذين عولجوا من الاعتماد على الكحول والمواد النفسية الأخرى على حل المشكلات، وذلك فى أعقاب مشاركتهم فى برنامج تدريبى على حل المشكلات. تكونت عينة الدراسة من ٢٧ مشاركاً (٢٣ ذكراً، و٤ إناث) تراوحت أعمارهم ما بين ١٨-٥٨ سنة؛ وقد أجاب المشاركون على اختبار حل المشكلات قبل وبعد المشاركة في جلسات تنمية مهارات حل المشكلات. وكشفت النتائج عن حدوث تحسن واضح فى مهارات حل المشكلات لدى هؤلاء المعتمدين على المواد النفسية.

من خلال استعراض الدراسات التي أجريت لأهداف علاجية يمكن أن نستخلص التالى :

١ - عدم الاتفاق على المقصود بطبيعة مهارات الكفاءة الاجتماعية ومؤشراتها (Kazdin, 2000, p.334) ، فبينما يقصد بعض الباحثين بهذه المهارات القدرة على حل المشكلات الاجتماعية، والمهارات الاجتماعية، يضيف بعضهم الآخر إليها مهارات أخرى مثل: مهارات الفعالية الذاتية، ومهارات الكفاءة الانفعالية؛ وهو ما دعا بعض الباحثين (see: Van Hasselt et al., 1993) إلى الدعوة لتحليل مهارات الكفاءة الاجتماعية.

٢ – انطلقت معظم البرامج العلاجية، التى تضمنت تدريب المتعاطين على بعض مهارات الكفاءة الاجتماعية – من وحى نماذج نظرية لم يخضع معظمها للتحقق الواقعى (Wagner et al., 1999) وهو ما يضعف من صدق النتائج التى تتوصل إليها هذه البرامج، فضلاً عن إهمالها للتقييم المتأنى لمؤشرات ومهارات الكفاءة الاجتماعية، لتحديد أى من هذه المهارات تأثر بسلوك التعاطى، وأيها يحتاج إلى تنميته، وأيها يمثل العنصر الفعال فى البرامج العلاجية والتدريبية، التى تهدف إلى تحقيق الوقاية بمختلف مستوياتها.

٣ – ندرة الدراسات المحلية التى عنيت بفحص مدى فعالية البرامج العلاجية المتضمنة لمتغيرات الكفاءة الاجتماعية، في تعديل سلوك التعاطى؛ فما تم من دراسات، انحصر فى الجانب الوبائى، بالإضافة إلى دراسات فحص العلاقة بين التعاطى واضطرابات الشخصية، واضطراب الوظائف المعرفية.

٤ – قلة عدد الدراسات التى تستهدف، بشكل مباشر، فحص مختلف جوانب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى المتعاطين؛ فما تم منها ركز على جانب واحد من هذه المهارات، مما قلل من فرص التوصل إلى معلومات مكتملة وشاملة عن مدى واتجاه العلاقات المتبادلة فيما بين هذه الجوانب المختلفة لمهارات الكفاءة الاجتماعية، أو علاقة هذه الجوانب بزيادة أو خفض احتمالات التعاطى.

وبمعنى آخر، فقد أجريت هذه الدراسات فى نطاق ضيق، تناولت خلاله مهارة أو مهارتين على الأكثر، مع إهمال واضح لباقى مهارات الكفاءة الاجتماعية التى يمكن أن يؤدى اضطرابها دوراً فعالاً، سواء على مستوى الاستعداد للتعاطى، أم على مستوى الحد من التوافق النفسى والاجتماعى

للمتعاطين فيما بعد، الأمر الذى من شأنه أن يحول دون التوصل إلى رؤية تكاملية عن الكفاءة الاجتماعية والعلاقة بين مختلف جوانبها.

العوامل المرتبطة بفعالية التدريب على الكفاءة الاجتماعية في الوقاية من التعاطى :

على ضوء ما سبق، يجب أن تتضمن برامج الوقاية من تعاطى المخدرات عدة شروط حتى تكون ناجحة وفعالة، وأبرز هذه الشروط ما يلى :

١ - أن تكون أهداف هذه البرامج محددة قدر الإمكان، وأن تكون واقعية. فالبرامج الوقائية كما يشير سويف (١٩٩٩) بالغة التعقيد، ومن ثم ينبغي أن تقصد أصلاً تحقيق مستوى معين من الوقاية، وتستهدف جمهوراً بعينه، ومادة مخدرة على وجه الخصوص؛ فالمتعاطون مجموعات غير متجانسة من الأشخاص يختلفون من حيث النوع، والعمر، والطبقة الاجتماعية، والإثنية، والعقاقير المستخدمة، وأساليب التعاطى، والأعراض النفسية المصاحبة. وكذلك فإن البرامج التى لا تضع فى اعتبارها العوامل التي تسهم سلباً أو إيجاباً فى التعاطى يتوقع لها أن تبوء بالفشل.

٢ - الأخذ بعين الاعتبار ما انتهت إليه البحوث الواقعية، وخصوصا البحوث القومية؛ فمشكلة تعاطى المواد النفسية تظهر فى صورة محلية، رغم عالميتها، وبالتالى فإن استيراد النقاط التى يجب الاهتمام بها، أو الاستنتاجات والدلالات النفسية والاجتماعية التى نخرج بها من مشاهداتنا لممارسات بعينها، لن يؤدى إلى المعرفة بالأبعاد الحقيقية للمشكلة، وسيكون مضللاً لنا عند التخطيط لمواجهتها بعدد من الإجراءات العلاجية أو الوقائية (مصطفى سويف، ١٩٩٩، ص١٠١).

٣ - وضع الخلفية الاجتماعية موضع الاعتبار عند تقييم الكفاءة الاجتماعية لشخص ما، نظراً لأن كل ثقافة وجماعة اجتماعية لها قواعد ومعايير مختلفة فى الحكم على السلوك الاجتماعي. ويضع هذا الأمر نصب أعيننا ضرورة الاهتمام بتصميم أدوات تراعي خصائص الثقافة، وتعالج هذا المفهوم فى سياق ما يتفق عليه المجتمع.

٤ - الإعداد الملائم للمدربين القائمين على تنفيذ هذه البرامج، وذلك من خلال التأهيل النظرى لهم فى مجالات علم النفس الإكلينيكى، وعلم النفس المعرفى، والإرشاد النفسى، والطب النفسى، بالإضافة إلى التدريب العملي في إجراء البحوث الوبائية وتصميم البرامج وتنفيذها على يد بعض الخبراء في هذا المجال (الحسين عبد المنعم، ١٩٩٩).

٥ - الاهتمام بالصياغة الدقيقة لمحتوي البرامج، ووضع آليات ملائمة لتنفيذها، وتحديد خطوات وأساليب مناسبة لتقويم آثار هذه البرامج، وذلك حتى يمكن الوثوق بالنتائج المتعلقة بفاعليتها.


قائمة المراجع

أولاً : المراجع العربية :

١) أبو الحسن الماوردى. (١٩٧٨). **أدب الدنيا والدين**. بيروت: دار الكتب العلمية.

٢) أبو نصر الفارابى. (١٩٤٨). **آراء أهل المدينة الفاضلة**. القاهرة: مكتبة ومطبعة محمد على صبيح.

٣) أحمد عبدالخالق. (١٩٩٦). **قياس الشخصية**. الكويت: مجلس النشر العلمى بجامعة الكويت.

٤) أحمد عكاشة. (١٩٩٨). **الطب النفسى المعاصر**. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٥) أرسطو طاليس (١٩٢٤). **علم الأخلاق إلى نيقوماخوس**. ترجمة أحمد لطفى السيد. القاهرة: دار الكتب المصرية.

٦) أسامة أبو سريع. (١٩٨٦). اضطراب المهارات الاجتماعية لدى المرضى النفسيين. **رسالة ماجستير (غير منشورة)**. كلية الآداب ـ جامعة القاهرة.

٧) أسامة أبو سريع. (١٩٩١ أ). الاقتران بين تعاطى المواد النفسية وفقدان الرضا عن العلاقات الاجتماعية لدى عينة ممثلة لعمال الصناعة الذكور في مصر. **المجلة الاجتماعية القومية**. ١: ١٣٣-١٦٤ .

٨) أسامة أبو سريع. (١٩٩١ب). الأبعاد الأساسية للصداقة: دراسة ارتقائية على عينة من تلاميذ المدارس الابتدائية والإعدادية والثانوية. **رسالة دكتوراه**. كلية الآداب. جامعة القاهرة.

٩) أسامة أبو سريع. (١٩٩٣). مهارة توكيد الذات وعلاقتها بكل من التحصيل والتوافق الدراسى لدى طلاب الجامعة من الجنسين. **مجلة بحوث كلية الآداب ـ جامعة المنوفية**. ١٥: ١٦٧-٢١٠ .

١٠) أسامة أبو سريع. (١٩٩٦). التغيرات الارتقائية فى خصائص علاقات الصداقة بين الإناث: دراسة مستعرضة على عينات من التلميذات يمثلن مرحلة الطفولة المتأخرة، والمراهقة المبكرة، والمراهقـــة المتأخرة. **مجلة كلية الآداب ــ جامعة القاهرة**. ٥٦ (٢): ٢١٥-٢٦٢ .

١١) أسامة أبو سريع. (١٩٩٧). مفهوم الذات: الإسهامات النظرية والبحوث الواقعية مراجعة نقدية للدراسات العالمية والمحلية خلال الفترة من ١٩٨٥ -١٩٩٧. **مراجعة نقدية ضمن متطلبات الترقية لدرجة أستاذ علم النفس المساعد (غير منشورة).**

١٢) أسامة أبو سريع. (١٩٩٩). تعاطى المخدرات في زين العابدين درويش وآخرين. **علم النفس الاجتماعى في أسسه وتطبيقاته**. القاهرة: دار الفكر العربى.

١٣) أسامة الغريب. (٢٠٠٠). ارتقاء السلوك الأخلاقى : دراسة لصور التغير في مكوناته الرئيسية في الطفولة والمراهقة. **رسالة ماجستير (غير منشورة)**. كلية الآداب. جامعة القاهرة.

١٤) أسامة الغريب. (٢٠٠٣). **بطارية اختبارات الكفاءة الاجتماعية**. غير منشورة

١٥) أسامة الغريب؛ وعبدالحميد درويش. (٢٠٠٦). مفهوم الذات لدى عينة من مرضى الفصام المزمن. **مجلة المنهج العلمي والسلوك**. العدد ٥، ص ص٧٧-١٠٦.

١٦) أسامة الغريب (٢٠٠٩). اضطرابات الشخصية لدى المعتمدين على المواد النفسية المتعددة . **المجلة القومية للإدمان**.

١٧) الحسين عبدالمنعم. (١٩٩٩). تنمية مهارات حل المشكلات واتخاذ القرارات كمدخل لمقاومة الإدمان. **مراجعة نقدية ضمن متطلبات الترقية لدرجة أستاذ مساعد علم النفس. غير منشورة.**

١٨) السيد السمادونى. (١٩٩٤). مفهوم الذات لدى أطفال ما قبل المدرسة في علاقته بالمهارات الاجتماعية للوالدين. **دراسات نفسية.** ٣ : ٤٥١-٤٨٧.

١٩) أميرة الديب (١٩٩٠). **سيكولوجية التوافق النفسى في الطفولة المبكرة.** الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

٢٠) إيان بنون . (٢٠٠٠). فحص الصراعات الزوجية. في س.ل. لينـدزاى؛ و ج.ى. بول (محرران). **مرجع في علم النفس الإكلينيكى للراشدين.** ترجمة صفوت فرج. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٢١) إيمان البنا. (١٩٩١). دينامية العلاقة بين الاغتراب وتعاطى المواد المخدرة لدى طلبة الجامعة. **رسالة ماجستير (غير منشورة).** كلية الآداب ـ جامعة عين شمس.

٢٢) بثينة المقهوى؛ وخالد عيسى؛ وعبدالحميد درويش. (١٩٩٨). اضطرابات الوظائف المعرفية لدى متعاطى المواد النفسية: دراسة مقارنة. **المؤتمر العالمى الأول حول دور الدين والأسرة في وقاية الشباب من تعاطي المخدرات.** دولة الكويت من ١٦ – ١٨ مارس ١٩٩٨.

٢٣) بشير الرشيدى؛ وطلعت منصور؛ ومحمد النابلسى؛ وإبراهيم الخليفى؛ وفهد الناصر؛ وبدر بورسلى؛ وحمود القشعان. (٢٠٠٠). **سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية.** الكويت: مكتب الإنماء الاجتماعى.

٢٤) بيتر لورى. (١٩٩٠). **المخدرات حقائق اجتماعية ونفسية وطبية.** ترجمة نور الدين خليل. القاهرة: الهيئة العامة للكتاب.

٢٥) جمال الخطيب. (٢٠٠٣). **تعديل السلوك الإنسانى : دليل العاملين في المجالات النفسية والتربوية والاجتماعية**. الكويت : مكتبة الفلاح .

٢٦) جمعة سيد يوسف. (١٩٩٠). التوافق النفسى. في عبدالحليم محمود السيد وآخرين. **علم النفس العام**. القاهرة: مكتبة غريب.

٢٧) جيفرى ى. يونج؛ وآرون ت. بيك؛ وآرثر واينبرجر. (٢٠٠٢). الاكتئاب. ترجمة صفوت فرج. في ديفيد هـ .أ. بارلو (محرر). **مرجع إكلينيكى في الاضطرابات النفسية دليل علاجى تفصيلى**. ترجمة صفوت فرج وآخرين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٢٨) حسين فايد. (١٩٩٧). وجهة الضبط وعلاقتها بتقدير الذات وقوة الأنا لدى متعاطى المواد المتعددة. **مجلة علم النفس**. ٤٢: ١٤٢-١٥٥.

٢٩) حمد المرزوقى؛ وعبد الرحيم الغامدى؛ عبد العاطى الصياد؛ شرف الدين الملك. (١٩٩٥). **ظاهرة إدمان المخدرات في مجتمع الإمارات العربية المتحدة**. الرياض: مركز أبحاث مكافحة الجريمة.

٣٠) خالد عيسى. (١٩٩٨). المتغيرات النفسية الاجتماعية المرتبطة بالاستهداف لتعاطى المواد النفسية. **رسالة ماجستير (غير منشورة)**. كلية الآداب. جامعة القاهرة.

٣١) خالد بدر. (١٩٩٥). العلاقة بين تعاطى المواد المؤثرة في الأعصاب وكلٍ من المرض الجسمى والنفسى بين طلاب الجامعة. **المجلة الاجتماعية القومية**. ٣٢ (١ ، ٢): ٣٣٧-٣٨٢.

٣٢) دانييل جولمان. (٢٠٠٠). **الذكاء العاطفى**. ترجمة ليلى الجبالى. الكويت: عالم المعرفة. العدد ٢٦٢ .

٣٣) دبرا أ. هوب؛ وريتشارد ج. هيمبرج. (٢٠٠٢). الرهاب والقلق الاجتماعى. ترجمة محمد نجيب الصبوة. في ديفيد هـ . أ. بارلو (محرر). **مرجع إكلينيكى في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلى**. ترجمة صفوت فرج وآخرين. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

٣٤) راوية حسين (١٩٩٥). دراسة في بعض المتغيرات النفسية لمتعاطى الكحوليات وغير المتعاطين : دراسة مقارنة. **مجلة علم النفس**. العدد ٣٣: ١٢-٣٣ .

٣٥) رجاء أبو علام (١٩٩٩). **مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية**. القاهرة: دار النشر للجامعات.

٣٦) روبرت سولسو. (١٩٩٦). **علم النفس المعرفى**. ترجمة محمد نجيب الصبوة ومصطفى محمد كامل؛ ومحمد الحسانين الدق. الكويت: شركة دار الفكر الحديث.

٣٧) زين العابدين درويش. (١٩٧٤). نمو القدرات الإبداعية: دراسة ارتقائية باستخدام التحليل العاملى. **رسالة ماجستير (غير منشورة)**. كلية الآداب. جامعة القاهرة.

٣٨) زين العابدين درويش. (١٩٧٦). المستوى الاجتماعى الاقتصادى : محاولة أولية لتقديره على أساس الوضع المهنى للفرد في المجتمع المصرى. **المجلة الاجتماعية القومية**. المجلد ١٣، العدد ٢. ص ص ٥٥-٧٧ .

٣٩) زين العابدين درويش. (١٩٨٣). **مكانة المهنة وظروف التغيير في المجتمع المصرى المعاصر. الكتاب السنوى لعلم الاجتماع**. العدد الرابع. القاهرة: دار المعارف.

٤٠) زين العابدين درويش. (١٩٨٤). المدخن المراهق: البيئة، الشخصية والسلوك. **الكتاب السنوى لعلم الاجتماع**. القاهرة: دار المعارف.

٤١) س. ج. ل. ليندساى (٢٠٠٠). فحص المخاوف والقلق. في س. ليندزاى؛ و ج. بول (محرران). **مرجع علم النفس الإكلينيكى للراشدين**. (١٦٧-١٩٧). ترجمة صفوت فرج. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٤٢) سامى عبد القوى؛ وإيمان صبرى. (١٩٩٧). سوء استخدام المواد المتطايرة لدى الأطفال: دراسة نفسية اجتماعية استطلاعية. **مجلة علم النفس**. ٤٢: ٩٢-١٢٤.

٤٣) سوزان هـ . أ. سبنس. (٢٠٠٠). فحص مشـكلات التفـاعل. في س.ل. ليندزاى؛ و ج. ى. بول (محرران). **مرجع في علم النفس الإكلينيكى للراشدين**. ترجمة صفوت فرج. القاهرة : الأنجلو المصرية.

٤٤) شاكر عبدالحميد. (١٩٨٩). **الطفولة والإبداع**. الكويت: الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.

٤٥) صابر عبدالمولى. (١٩٩٣). الخجل والتعصب. دراسة لدى بعض الشباب العمانى. **مجلة البحث في التربية وعلم النفس** - جامعة المنيا. ٧ (١): ١ - ٢٣.

٤٦) صفوت فرج. (١٩٨٠). **القياس النفسى**. القاهرة: دار الفكر العربى.

٤٧) طريف شوقى (١٩٩٨). **توكيد الذات مدخل لتنمية الكفاءة الشخصية**. القاهرة : دار غريب.

٤٨) طريف شوقى. (١٩٨٩). المهارات الاجتماعية (توكيد الذات). في عبدالحليم محمود السيد وآخرين. **علم النفس الاجتماعى**. القاهرة: دار آتون للنشر.

٤٩) طريف شوقى. (٢٠٠٣). **المهارات الاجتماعية والاتصالية : دراسات وبحوث نفسية**. القاهرة : دار غريب .

٥٠) طلعت منصور وحليم بشاى (١٩٨٠). دراسات ميدانية في النضج الخلقى عند الناشئة في الكويت. **منشورات مجلة العلوم الاجتماعية**.

٥١) طه عبد العظيم (٢٠٠٦). **مهارات توكيد الذات**. القاهرة : دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

٥٢) عادل الدمرداش. (١٩٨٢). **الإدمان مظاهرة وعلاجه**. الكويت: سلسلة عالم المعرفة. العدد ٥٩.

٥٣) عباس عوض. (١٩٨٥). **مدخل إلى الأسس النفسية والفسيولوجية للسلوك**. الأسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

٥٤) عبد الستار إبراهيم. (١٩٨٠). **العـلاج النفسى الحديث قـوة للإنسان**. سلسلة عالم المعرفة العدد ٢٧ . الكويت : المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب .

٥٥) عبد الستار إبراهيم. (١٩٨٨). **علم النفس الإكلينيكي : مناهج التشخيص والعلاج النفسى**. الرياض : دار المريخ للنشر.

٥٦) عبدالستار إبراهيم. (١٩٩٨). **الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه**. الكويت: عالم المعرفة. رقم (٢٣٩).

٥٧) عبداللطيف خليفة. (١٩٩٧). المهارات الاجتماعية في علاقتها بالقدرات الإبداعية وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى طالبات الجامعة. **حوليات كلية الآداب جامعة الكويت.** ١٧ (١١٦).

٥٨) عبداللطيف خليفة. (١٩٨٩) . الإدراك الاجتماعي. في عبد الحليم محمود السيد وآخرون **علم النفس الاجتماعي** . القاهرة : دار آتون .

٥٩) عبدالله الصيرفى؛ وعبدالرحيم الغامدى؛ وعبدالعاطى الصياد (١٩٨٨). **نوع جريمة المخدرات المرتكبة بواسطة نزلاء السجون السعوديين في علاقتها بخصائصهم الاجتماعية والأسرية والتعليمية والاقتصادية.** الرياض: مركز أبحاث مكافحة الجريمة.

٦٠) عبدالله بن المقفع. (١٩٤٦). الأدب الكبير في محمد كرد على (محرر). **رسائل البلغاء.** القاهرة: لجنة التأليف والترجمة والنشر.

٦١) عبدالمنعم شحاته. (١٩٨٩). بعض محددات بدء المراهقين تدخين السجائر. **مجلة علم النفس.** ١٢: ٨٠-٨٨ .

٦٢) عثمان الخضر. (١٩٩٩). التفاؤل والتشاؤم والأداء الوظيفى. **المجلة العربية للعلوم الإنسانية.** ٦٧: ٢١٥-٢٤٤.

٦٣) عثمان الخضر (٢٠٠٢). الذكاء الوجدانى.. هل هو مفهوم جديد؟. **دراسات نفسية.** ١٢ (١): ٥-٤١.

٦٤) عصام الدين نوفل؛ وربيعة الرندى. (١٩٩٨). اتجاه طلبة المرحلة المتوسطة نحو مشكلة المخدرات في دولة الكويت: دراسة ميدانية. **المؤتمر العالمى الأول حول دور الدين والأسرة في وقاية الشباب من تعاطى المخدرات.** دولة الكويت. من ١٦-١٨ مارس ١٩٩٨.

٦٥) علي عبدالسلام. (١٩٩٣). دراسة نفسية إكلينيكية للبناء النفسى والاجتماعى للمروجين للمخدرات من المراهقين والشباب. **مجلة كلية الآداب جامعة المنيا.** ٧: ١١٩-١٤٧.

٦٦) علي عسكر. (١٩٩٩). **ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها.**الكويت : دار الكتاب الحديث .

٦٧) فتحى الزيات. (١٩٩٥). **الأسس المعرفية للتكوين العقلى وتجهيز المعلومات.** المنصورة: دار الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع.

٦٨) فوقية حسن. (١٩٩١). سلوك التدخين لدى الطفل والمراهق. **مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق،** ١٤: ٤-٧٣ .

٦٩) فيصل يونس؛ ومصطفى سويف؛ وعبدالحليم محمود؛ وزين العابدين درويش. (١٩٨٧). الاقتران بين تعاطي المواد النفسية وبين المرض النفسي والعضوى لدى عينات مختلفة من الجمهور المصرى. **المؤتمر السنوي الثالث لعلم النفس المنعقد بكلية الآداب. جامعة القاهرة. الجمعية المصرية للدراسات المصرية.**

٧٠) كريس باركر؛ ونانسى بيسترانج؛ وروبرت إليوت. (١٩٩٩). **مناهج البحث في علم النفس الإكلينيكى والإرشادى.** ترجمة محمد نجيب الصبوة؛ وميرفت شوقى؛ وعائشة رشدى. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٧١) لجنة المستشارين العلميين. (١٩٩٢). **استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان : التقرير النهائى.** القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٧٢) مايسة شكرى. (١٩٩٩). التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بأساليب مواجهة المشقة. **دراسات نفسية.** ٩ (٣٤): ٣٨٧ - ٤١٦.

٧٣) مجدى عبد الكريم. (١٩٩٠). **اختبار الكفاءة الاجتماعية (كراسة التعليمات)**. القاهرة: دار النهضة المصرية.

٧٤) محمد الجيوسي. (٢٠٠٢). **أنت وأنا : مقدمة في مهارات التواصل الإنساني**. الرياض : مكتب التربية العربي لدول الخليج .

٧٥) محمد الحسانين. (٢٠٠٣). المهارات الاجتماعية كدالة لكل من الجنس والاكتئاب وبعض المتغيرات النفسية الأخرى. **دراسات نفسية**. ١٣(٢): ١٩٥-٢٢٥ .

٧٦) محمد عبدالرحمن. (١٩٩٨ أ). **اختبار المهارات الاجتماعية (كراسة الأسئلة)**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٧٧) محمد عبدالرحمن. (١٩٩٨ ب). المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب واليأس لدى الأطفال. **دراسات في الصحة النفسية: المهارات الاجتماعية – الاستقلال النفسى – الهوية**. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

٧٨) محمد عبدالرحمن؛ وهانم عبدالمقصود. (١٩٩٨). المهارات الاجتماعية والسلوك التوكيدى والقلق الاجتماعى وعلاقتها بالتوجه نحو مساعدة الآخرين لدى طالبات الجامعة. في محمد عبدالرحمن. **دراسات في الصحة النفسية: المهارات الاجتماعية ــ الاستقلال النفسى ــ الهوية**. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

٧٩) محمد عبدالمؤمن. (١٩٩١). صعوبات التعلم وعلاقتها بالتوافق الشخصى والاجتماعى لدى عينة من تلاميذ مرحلة التعليم الابتدائى بدولة البحرين. **مجلة كلية التربية، جامعة المنيا**. ٥ (٢).

٨٠) محمد عثمان نجاتى. (١٩٨٨). **علم النفس في حياتنا اليومية**. الكويت: دار القلم.

٨١) محمد نجيب الصبوة. (١٩٩٠). **التفكير وحل المشكلات. في** عبدالحليم محمود السيد وآخرين. **علم النفس العام**. القاهرة: مكتبة غريب.

٨٢) محمد نجيب الصبوة. (١٩٩٢). التفكير التجريدى الاجتماعى لدى مرضى الفصام المزمن. **دراسات نفسية**. ٢ (٤): ٥٧٧-٦١٧ .

٨٣) محمد نجيب الصبوة. (٢٠٠٠). النموذج الحيوى النفسى الاجتماعى وكل من السلوك المنحرف والسلوك الطبيعى (محكاته وعوامل الاستهداف). **دراسات نفسية**. ١٠ (٣). ٢٩٢-٣٤٤ .

٨٤) محمد نجيب الصبوة. (٢٠٠١). العلاج المعرفى السلوكى متعدد المحاور للاعتماد على الكحوليات. **الملتقى العلمى الأول للوقاية من الإدمان**. الكويت من ٢٢-٢٤ أكتوبر ٢٠٠١م.

٨٥) محمد نجيب الصبوة؛ وعبدالحليم محمود السيد؛ وعبداللطيف خليفة؛ ومعتز عبدالله؛ وأحمد جلال. (١٩٩٠). اتجاهات التغير في حجم الإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية المصاحبة لتعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى تلاميذ الثانوية العامة الذكور بمدينة القاهرة بين عامي ١٩٧٨ - ١٩٨٦. **مجلة علم النفس**. ٤ (١٣): ٨٤-٩٥.

٨٦) محيى الدين حسين. (١٩٩٨). الأسرة كآلية مواجهة لسلوك تعاطى المخدرات في إطار مستويات ثلاثة من الوقاية. **المؤتمر العالمى الأول حول دور الدين والأسرة في وقاية الشباب من تعاطى المخدرات**. الكويت. من ١٦-١٨ مارس ١٩٩٨.

٨٧) مديحة العزبى. (١٩٨٧). التدخين وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة الجامعة. **مجلة علم النفس**. ٣: ٢٢-٣٢ .

٨٨) مصرى حنورة. (١٩٩٨). مظاهر اضطرابات الشخصية لدى متعاطى المخدرات: دراسة حضارية مقارنة على عينتين من مصر والكويت. **المؤتمر العالمى الأول حول دور الدين والأسرة في وقاية الشباب من تعاطى المخدرات.** دولة الكويت ١٦-١٨ مارس ١٩٩٨.

٨٩) مصطفى سويف. (١٩٨٣). **مقدمة لعلم النفس الاجتماعى.** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٩٠) مصطفى سويف. (١٩٩٠). **تعاطى المواد المؤثرة في الأعصاب بين الطلاب : دراسات ميدانية في الواقع المصرى. المجلد الأول : مدخل تاريخى ومنهجى إلى الدراسات الوبائية.** القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٩١) مصطفى سويف. (١٩٩٢). **تعاطى المواد المؤثرة في الأعصاب بين الطلاب: دراسات ميدانية في الواقع المصرى. المجلد الرابع،** القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٩٢) مصطفى سويف. (١٩٩٤). تعريف المفاهيم بين علم النفس والفلسفة. **المجلة الاجتماعية القومية.** المجلد ٣١.

٩٣) مصطفى سويف. (١٩٩٦). **المخـدرات والمجتمع.** الكويت، سلسلة عالم المعرفة، العدد (٢٠٥).

٩٤) مصطفى سويف. (١٩٩٩). **مشكلة تعاطى المخدرات (بنظرة علمية).** القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

٩٥) معتز سيد عبدالله. (١٩٩٨). برامج تنمية المهارات الاجتماعية. **مراجعة نقدية ضمن متطلبات الترقيه لدرجة أستاذ في علم النفس.**

٩٦) مايكل أرجايل. (١٩٩٣). **سيكولوجية السعادة**. ترجمة فيصل يونس. الكويت: عالم المعرفة. العدد ١٧٥.

٩٧) ميخائيل جوسوب. (٢٠٠٠). فحص مشكلات الكحول والمخدرات في س.ل. ليندزاى وج. ى. بول (محرران). **مرجع في علم النفس الإكلينيكى للراشدين** (٤٢١-٤٤٦). ترجمة صفوت فرج. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٩٨) ناصر المحارب. (١٩٩٤). الثبات والتغير في الخجل وعلاقته بالمجاراة والشعور بالوحدة لدى عينة من طلاب جامعة الملك سعود. **مجلة علم النفس**. ٣٢: ١٢٩ - ١٥٠.

٩٩) ناصر ثابت. (١٩٨٤). **المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات: دراسة اجتماعية ميدانية استطلاعية**. الكويت: منشورات ذات السلاسل.

١٠٠) هند طه. (١٩٨٤). بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية المرتبطة بتدخين السجائر لدى طلاب الثانوى العام. **رسالة ماجستير (غير منشورة)**. كلية الآداب. جامعة القاهرة.

١٠١) هند طه. (١٩٩٩). التعاطى المتعدد للمواد النفسية بين تلاميذ الثانوى العام والمتغيرات المرتبطة به. في مصطفى سويف (محرر) **تعاطى المواد المؤثرة في الأعصاب بين تلاميذ المدارس الثانوية العامة: دراسات ميدانية في الواقع المصرى**. المجلد الثامن (١٩٣-٢٦٩). القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

ثانياً: المراجع الأجنبية

102. Abbott, P.J.; Weller, S.B.; Dlaney, H.D. & Maore, B.A. (1999). Community reinforcement approach in the treatment of opiate addicts. ***American Journal of Drug and Alcohol Abuse***. 24(1), 17-30.

103. Abou Hatab, F. (2000). Personal intelligence: The meeting point of inward and outward. ***Arab Psychologist***. 1 (1): 1 - 17.

104. Abrams, K.B. (2001). The self administration of alcohol before and after a public speaking challenge by individuals with social phobia. ***Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering***. 61(8-B): 4385.

105. Alden, L. E; Mellings, T. M & Ryders, A. G. (2001). Social Anxiety, Social phobia and the self. In S. G. Hofmann & P. M. Dibartolo (Eds.), ***From Social Anxiety to Social Phobia: Multiple Perspective***. (304 - 320). Boston: Allyn & Bacon.

106. Allison, K.R.; Adlaf, E.M. & Mates, D. (1997). Life strain, coping and subtance use among high school students. ***Addiction Research***. 5 (3): 251-272.

107. Alnajar, M. & Klark, D.D. (1996). Self esteem and trait anxiety in relation to drug misuse in Kuwait. ***Substance use & Misuse***. 31(7): 937-943.

108. American Psychiatric Association. (1994). ***Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders***. Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.

109. Anastasi, A. (1990). ***Psychological Testing***. New York: Macmillan publishing Co.

110. Anderson, N. & Ruth, L. (1996). Decisions about substance abuse among adolescents in Juvenile detention. ***IMAGE: Journal of Nursing scholarship***. 28(1), 65-70.

111. Argyle, M. & Cook, M. (1976). ***Gaze and Mutual gaze***. London: Cambridge University Press.

112. Argyle, M. (1967). ***The Psychology of interpersonal Behaviour***. London: Penguin Books.

113. Argyle, M. (1981). Social competence and mental health. In M. Argyle (Ed.), ***Social Skills and Health***. London: Methuen & Co. Ltd. .

114. Armstrong, D.S. (1996). Atomism and social control: Causes and consequences of alcohol use. ***Dissertation Abstracts International. Section-A: Humanities and Social Sciences***. 57(1-A): 0462.

115. Avants, S.K.; Margolin, A.; Dephilppis, D. & Kosten, T.R. (1998). A comprehensive pharmacological Psychosocial treatment program for HV – Seropositive cocaine and opiate dependent patients: preliminary Findings. ***Journal of Substance Abuse Treatment***. 15(3): 261-265.

116. Bakker, C.B.; Bakker-Rabdau, M.K. & Breit, S. (1978). The measurement of assertiveness and aggressiveness. ***Journal of Personality Assessment***. 42: 277-284.

117. Bakova, N.; Raboch, J. & Popov, V. (2001). Social phobia in patients with alcohol dependence. ***Ceska Solvenska Psychiatrie***. 97(6): 276-280.

118. Balog, S.A. (1996). Personality Characteristics in Children witnessing domestic violence: Externalizing behavior, internalizing behavior, social competence, and self concept. ***Dissertation Abstracts International : Section B: The Sciences & Engineering***. 56 (11-B): 6440.

119. Barker, L.L. (1992) Problem solving techniques in adjustment, services. ***Vocational evaluation & work adjustment Bulletin***. 25(3) 75-76.

120. Bartholomew, N.G.; Hiller, M.L.; Knight, K.N.; Nucatola, D.C. & Simpson, D.D. (2000). Effectiveness of Communication and relationship skills training for men. ***Journal of Substance Abuse Treatment***. 18(3): 217-225.

121. Beavers, W. R; Hampson, R. B & Hulgus. Y. F. (1985). The Beavers Systems approach to family assessment. ***Family Process***. 24: 395 - 405.

122. Becker, H.A. (1980). The assertive job Hunting survey. ***Measurement and Evaluation in Guidance***. 13: 43-48.

123. Becker, R.E. & Heimberg, R.G. (1988). Assessment of social skills. In Alans S. Bellack & Michel Hersen (Eds.), ***Behavioral Assessment***. New York: Pergamon Press.

124. Bell, N.; Forthun, L.F. & Sun, S.W. (2000). Attachment adolescent Competencies, and substance use: Developmental considerations in the study of risk behaviors. ***Substance Use & Misuse***. 35(9): 1177-1206.

125. Bellack, A.S.; Mueser, K.T.; Gingerich, S. & Agresta, J. (1997). ***Social skills training for schizophrenia: A step by step Guide***. New York: The Guilford Press.

126. Benford, J.M. (1998). The relationship of self reported depressive symptomatology to self reported social competence in third, Fourth and Fifth grade students. ***Disseration Abstracts International: Section A: Humanities and Social sciences***. 59(5-A): 1454.

127. Berns, R. (1997). ***Child, Family, School, Community, Socialization and support***. New York: Rinenart & Winston, Inc.

128. Bierman, K & Welsh, J. (2000). Assessing Social dysfunction: The contribution of laboratory and performance – based measures. ***Journal of clinical child psychology***. 29, 526 – 539.

129. Blume, A.W. (2001). The centeral executive model: An examination of its utility to predict changes in drinking behavior among people abusing alcohol. ***Dissertation Abstracts International. Section B. The sciences and Engineering***. 62(5-B): 2476.

130. Bootzin, R.R.; Acocella, J.R. & Alloy, L.B. (1993). ***Abnormal Psychology: Current perspectives***. New York: McGraw Hill.

131. Botvin, G. J & Tortu, S. (1988) Peer relationships, social competence and substance abuse prevention: Implications for the family. ***Journal of Chemical Dependency Treatment***. 1(2): 245-273.

132. Botvin, G.J. & Wills, T.A. (1985). Personal and social skills training: cognitive behavioral approaches to substance abuse prevention. ***Nida Research Monographes*** (63): 8-49.

133. Botvin, G.J. (1998). Preventing adolescent drug abuse through life skills training: Theory, methods and effectiveness. In: C. Jonathan (Ed.), ***Social Program that work***. New York: Russell Sage Foundation.

134. Botvin, G.J.; Eli, B.; Dusenbury, L.; Tortu, S. & Botvin, E.M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodel cognitive behavioral approach: Results of a three year study. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***. 58(4): 437-446.

135. Botvin, G.J.; Eng, A. & Williams, C.L. (1980). Preventing the onset of cigarette smoking through life skills training. ***Preventive Medicine***. 9(1): 135-143.

136. Bowden, J. Iqbal, M; Tyrer, P; Seivewright, N; Cooper, Syivia; Judd, A & Weaver, T. (2004). Prevalence of personality disorder in alcohol & drug services and associated co morbidity. ***Addiction 99***, 10 , 1306 – 1314.

137. Brady, B.; Tucker, C.; Haris, Y. & Tribble, I. (1992). Association of academic achievement with Behavior among black students and white students. ***Journal of Educational Research***. 86(1): 43-51.

138. Bryson, R. (1999). Effectiveness of refusal skills software. ***Journal of Drug Education***. 29(14): 359-371.

139. Buck, R. (1991). Temperament, Social skills and the communication of emotion: A developmental interactionist view. In D.J. Gilbert & J.J. connolly (Eds.), ***Personality, Social skills and Psychopathology: An Individual Differences Approach***. (85-105). New York: Plenum Press.

140. Buhrmester, D. (1990). Intimacy of Friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescene. ***Child Development***. 61: 1101-1111.

141. Bukowski, W; Newcomb, A & Hartup, W (1996). ***The company they keep: Friendship during childhood and adolescence***. New York: Cambidge Universaity press.

142. Callner, D.A. & Ross, S.M. (1976). The reliability and validity of three measures of assertion in a drug addict population. ***Behavior Therapy***. 7: 659-667.

143. Campbell, K.E.; Olson, K. & Klein, D. (1990). Physical attractiveness, locus of control, sex role & conversational assertiveness. ***Journal of Social Psychology***. 2: 263-265.

144. Cantrell, B.C. (2000). Social support as a function of posttraumatic stress disorder (PTSD) within Washington State vietnam Veteran populations. ***Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering***. 60(8-B): 4207.

145. Caplan, M.; Weissberg, R.P.; Grober, J.S. & Sivo, P. (1992). Social competence promotion with inner city and suburban young adolescents: Effects on social adjustment and alcohol use. ***Journal of Consulting and clinical Psychology***. 60(1): 56-63.

146. Carey, K. B. & Carey, M.P. (1990). Social problem solving in dual diagnosis patients. ***Journal of Psycho pathology and Behavioral Assessment***. 12(3): 247-254.

147. Carvalho, V.; Pinsky, I.; de Souza, S.R. & Carlini, C.B. (1995). Drug and alcohol use and family characteristics: A study among Brazillin high school students. ***Addiction***. 90(1): 65-72.

148. Cavell, T.A. (1990). Social adjustment, social performance, and social skills: A tri component model of social competence. ***Journal of Clinical Child Psychology***. 19(2): 111-122.

149. Chabrol, H; Duconge, E; Casas, C; Roura, C & Cary, K. (2005) Relations between cannabis use and dependence, motives for cannabis use and anxious, depressive and borderline symptom otology. ***Addictive Behaviors***. 30 (2) 829 – 840.

150. Chang. E. C. & D'zurlla, T. J. (1996). Relationship between problem orientation and opitmism and trait affectivity: A Construct Validantion study. ***Behavior, Research & Therapy***. 34 (2): 185 - 194.

151. Chansky, T.E. (1996). Social expectations and self perceptions of children with anxiety disorders. ***Dissertation Abstracts International: Section B: The sciences and Engineering***. 56(9-B) 5162.

152. Che, C.C; Tsai, S. Y; Su, L. W; Yang, T. W & Tsai, C.J. (1999). Psychiatric Co morbidity among male heroin addicts: differences between hospital and incarcerated subjects in Taiwan. ***Addiction*** 94, 6, pp. 825-828.

153. Cherry, V.R.; Belgravde, F.Z.; Jones, W.; Kennon, D.K.; Gray, F.S. & Phillips, F. (1998). An africentric approach to substance abuse prevention among African-American youth. ***Journal of Primary Prevention***. 18(3): 319-339.

154. Chiauzzi, E. (1991). Social skills training for Alcoholics: Conceptual, Methodological and treatment issues. In D. G Gilbert & J. J. Connolly (Eds.), ***Personality, Social Skills, and Psychopathology: An Individual Differences Approach***. New Yourk: Plenum press.

155. Childs, H.F. & Dula, C.S. (2001). Adolescent adjustment: Maternal depression and social competence. ***International journal of Adolescence and Youth.*** 9(2-3): 175-184.

156. Cicchetti, D. & William, M.B. (1995). Developmental processes in peer Relations and Psychopathology. ***Development & Psychopathology***. 7: 587-589.

157. Collier, J.M. (2002). Predictors of quality of life and adjustment to chronic Fatigue syndrome. ***Dissertation Abstract International: Section-B: The Sciences and Engineering***. 62 (10-B): 4776.

158. Colton, D. & Sheridan, S. (1998). Conjoint Behavioral consultion and social skills training: Enhancing the play behaviors of boys with attention dificit. ***Journal of Educational and Psychological consultation***. 9(1): 3-38.

159. Compton, W; Conway, K; Stinson, F; Colliver, J & Grant, B. (2005). Prevalence, Correlates and co morbidity of DSM-IV Antisocial personality syndromes and Alcohol and specific drug use disorders in the united states: Results from the national Epidemiologic survey on Alcohol and related conditions. ***Journal of Clinical Psychiatry***. 66 (6)677 – 685.

160. Corby, E.A. & Russell, J.C. (1998). Substance abuse risk reduction: verbal mediational training for children by parental and nonparental models. ***Substance Abuse***. Vol. (18) 4, 145-164.

161. Cordosi, D. (2004). Cognitive effects of methamphetamine dependence and combined methamphetamine/ alcohol dependence: Across gender sudy. ***Dissertation Abstrcts international: Section B: The sciences and Engineering***. Vol 65 (6-B) pp. 3149.

162. Corsini, R.J. (1994). ***Encyclopedia of Psychology***. New York: John Wiley & Sons.

163. Crick, N.R & Dodge, K.A. (1994) A review and reformation of social in formation processing mechanisms in children'social adjustement. ***Psychological Bulletin***. 115, 74 – 101.

164. Crick, N.R. & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. ***Psychological Bulletin***. 115: 74-101.

165. Curran, J.P. (1979). Social skills: Methodological issues and Futured direction. In A.S., Bellack & M. Hersen (Eds.), ***Research***

and practice in Social Skills training (319-354). New York: Plenum Press.

166. Curtis, B.H. & Jenkins, H.V. (2000). Substance abuse in African American women. ***Journal of Black Psychology***. 26(4): 450-469.

167. D'Zurilla, T.J. & Nezu, A. (1982). Social problem solving in adults. In P.C. Kendall (Ed.), ***Advances in cognitive behavioral research and therapy***. New York: Academic Press.

168. D'Zurilla, T.J., Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. ***Journal of Abnormal Psychology***. 78: 107-126.

169. Danos, P.; Van Roos, D.; Kasper, B.T.; Broich, K.; Krappet, C.; Solmosi, L. & Moeller, H.J. (1998). England cerebrospinal fluid spaces in opiate dependent male patients: Astereological CT study. ***Neuro Psycho Biolog*** 38(2): 80-83.

170. Darke, S; Ross, J; Williamson, A & Teeson, M. (2005) The impact of borderline personality disorder on 12 month outcomes for the treatment of heroin dependence. ***Addiction***. 100 (8) 1121 – 1130.

171. Degenhardt, L; Hall, W & Lynskey, M. (2001). Alcohol, Cannabis and tobacco use among Australians: a comparison of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders and psychosis. ***Addiction***. 96 (1603-1614)

172. Demir, B; Ucar, G.; Ulug, B.; Ulusoy, S.; Sevinc, I & Batur, S. (2002). Platelet monoamine oxidase activity in alcoholism subtypes: Relationship to personality traits and executive functions. ***Alcohol & Alcoholism***. 37(6): 597-602.

173. Derksen, J. (1995). ***Personality disorders: Clinical & Social perspective***. New York: John Wiley & Sons.

174. Dew, T. & Huebner, E. (1994). Adolescentes perceived quality of life. ***Journal of School Psychology***. 32(2): 185-199.

175. Dewit, D.J.; Steep, B.; Silvesman, G.; Stevens, L.A.; Ellis, K.; Smythe, C.; Rye, B.J.; Braun, K. & Wood, E. (2000). Evaluating an in school drug prevention program for at risk youth. ***Alberta Journal of Educational Research***. 46(2): 117-133.

176. Dewit, D.T.; Offord, D.R.; Sanford, M.; Rye, B.J.; Shain, M. & Wright, R. (2000). The effect of school culture on adolescent behavioural problems : self esteem, attachment to learning, and peer approval of deviance as mediating mechanisms. ***Candian Journal of school psychology***. 16(1): 15-38.

177. Dishion, T.J. (1990). The family Ecology of Boys peer relations in middle childhood. ***Child Development***. 61: 874-892.

178. Dodge, K.A. (1985). Attributional bias in aggressive children. In P.c kendall (Ed). ***Advances in cognitive and behavioral research and theory*** (vol4, pp, 73, - 110) San Diego, CA: Academic press.

179. Dodge, K.A. & Murphy, R.R. (1984). The assessment of social competence of adolescents. In P. Karoly & J.J. steffen (Eds.), ***Adolescent behavior disorders: Foundations and contemporary concerns***. Lexington, MA: Lexington.

180. Dodge, K.A. (1985). Facets of social interaction and the assessment of social competence in children. In B.H. Schneider.; K.H. Rubin. & J.E. Ledingham (Eds.), ***Children's peer relations: Issues in assessment and intervention***. New York: Springer. Verlag.

181. Donohue, B.; Van Hasselt, V.B.; Hersen, M. & Perrings (1999). Substance refusal skills in a population of adolescents diagnosed

with conduct disorder and substance abuse. ***Addictive Behaviors***. 24(1) 37-46.

182. Eggert, L.L.; Tompson, E.A.; Harting, J.R. & Nicolas, L.J. (1994). Preventing research program: Reconnecting at risk youth. ***Issues in Mental Health Nursing***. 15(2): 107-135.

183. Eiser, C; Eiser, J; Claxton, O & Ptitchard, M. (1998). Attituds, a attributions and persuasion: How young people's ideas about drugs relate to their preferences of different strategies of prevention. ***Journal of Substance Abue***. A (1): 35 - 44.

184. El-Kshishy, H.J. (1996). Personality characteristics correlates in drug abuse. ***Deraasat Nafseyah***. 6(4): 518-558.

185. Ellis, R. & Whittington, D. (1981). ***A guide to Social Skills Training***. London: Croon Helm.

186. English, H. & English, A. (1958). ***A comprehensive dictionary of psychology and psychoanalytical terms***. London: longman, Green & Co.

187. Ernst, M.; Grant, S.; London, E.; Contoreggi, C.; Kimes, A. & Spurgeon, L. (2003). Decision making in adolescents with behavior disorders and adults with substance abuse. ***American Journal of Psychiatry***. 160(1): 33-42.

188. Fals-stewart, W. & Birchler, G. (1998). Marital interactions of drug abusing and their partners: Comparisons with distressed couples and relationship to drug using behavior. ***Psychology of Addictive Behaviors***. 12(1): 28-38.

189. Fals-Stewart,W & Schafer, J. (1992). Using neuropsychological assessment with adolescent substance abusers: A review of findings

and treatment implication. ***Comprehensive Mental Health Care***. 2(3), 179-199.

190. Faulkner, S.S. (2002). Low elements Ropes Course as an intevention tool with alcohol / other drug dependent adults: A case study. ***Alcoholism Treatment Quarterly***. 20(2): 83-90.

191. Ferdinand, R.F.; Blüm, M. & Verhulst, F.C. (2001). Psychopathology in adolescence predicts substance use in youg adulthood. ***Addiction***. Vol. 96 (6). Pp. 861-870.

192. Ferrari, J.; Jason, L.A.; Olsen, B.D.; Davis, M.I. & Alvarez, J. (2002). Sense of community among Oxford House residents recovering from substance abuse: Making a house a home. In Adrian Fisher & Christopher Sonn (Eds.), ***Psychological Sense of Community : Research, Applications, and Implications***. New York: Plenum Publishers.

193. Fiorentine, R & Hillhouse, M.P. (2001). The addicted self model: An explanation of natural recovery?. ***Journal of Drug Issues***. 31(2): 395-424.

194. Ford, M.E. (1982). Social cognition and social competence in adolescence. ***Development Psychology***. 18(3): 323-340.

195. Foster, S.L. & Richey, W.L. (1979). Issues in the assessment of social competence in children. ***Journal of Applied behavior Analysis***. 12: 625-638.

196. Fox, K.M. & Gilbert, B.O. (1994). The interpersonal and psychological functioning of women who experienced childhood physical abuse. ***Child Abuse & Neglect***. 18(10): 849-858.

197. Frank, A.; Green, V & McNeil, D.W. (1993). Adolescent substance users: problem solving abilities. ***Journal of substance Abuse***. 5(1): 85-92.

198. Frank, N.C.; Blount, R.L. & Brown, R.T. (1997). Attrbutions, coping, and adjustment in children with cancer. ***Journal of pediatric Psychology***. 22(4): 563-576.

199. Frankenstien, W; Hay, W. M. & Nathan, P. E. (1985). Effects of intoxication on alcohlics marital communication and problem solving. ***Journal of studies on Alcohol***. 46: 1 - 6.

200. Furnham, A. & Mitchell, J. (1990). Personality, needs, Social skills & academic achievement. ***Personality & Individual Differences***. 12(10): 1067-1073.

201. Galaif, E.R.; Nyamathi, A.M. & Stein, J.A. (1999). Psychosocial predicators of Current drug use, drug problems and physical drug dependence in homeless women. ***Addictive Behaviors***. 24 (6), 801-814.

202. Galassi, T.P. & Galassi, M.D. (1980). Similarities and differences between two assertion measures: Factor analysis of the college self expression scale and the Rathus Assertiveness schedule. ***Behavioral Assessment***. 2: 43-57.

203. Gambrill, E.D. & Richey, C.A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. ***Behavior Therapy***. 6: 550-561.

204. Getter, H.; Litt, M.D.; Kadden, R.M. & Cooney, N.L. (1992). Measuring treatment process in coping skills and interactional group therapies for alcoholism. ***International Journal of Group Psychotherapy***. 42(3): 419-430.

205. Gilbert, B.O. & Gilbert, D.C. (1991). ***Personality, Social skills & Psychopathology***. (pp. 1-15). New York: Plenum Press.

206. Gilbert,P& Allan, S. (1994). Assertiveness, submissive behavior & Social comparison. ***British Journal of Clinical Psychology***. 33, 294-306.

207. Godley, M.D. & Velasquez, R. (1998). Effectiveness of the logan square prevention project. ***Drugs and Society***. 12(1): 87-103.

208. Goldfried, M.R. & D'Zurilla, T.J. (1969). A behavior – analytic model for assessing competence. In C.D. Spidberger (Ed.), ***Current Topics in Clinical and Community Psychology***. New York: Academic Press.

209. Goldsmith, J.B. & McFall, R.M. (1975). Development and evaluation of an interpersonal skill training program for psychiatric inpaients. ***Journal of Abnormal Psychology***. 84: 51-58.

210. Gorden, S. M; Kennedy, B. P & Mcpeake, J. D. (1988). Neuro psychologically impaired alcoholics: Assessment, treatment considerations and rehabilitation. ***Journal of Substance Abuse Treatment***. 5 (2): 99 - 104.

211. Gorman, D.M. (1998). The irrelevance of evidence in the development of school based drug prevention policy. ***Evaluation Review***. 22(1), 118-146.

212. Graham, H. (1986). Social skills. In A. Gellatly (Ed.), ***The Skilful Mind, An Introduction to Cognitive Psychology***. (pp. 130-142). Milton keynes: Open University Press.

213. Gray, R.M. (2001). Addictions and the self: A self enhancement model for drug treatment in the criminal justice system. ***Journal of Social Work Practice in the Addiction***. 1(2): 75-91.

214. Greene, R. W; Biederman, J; Faraone, S. V.; Wilens, T. E; Mick, E & Blier, H. K. (1999). Further validation of social impairment as a predictor of substance use disorders: Findings from a sample of

siblings of boys with and without ADHD. ***Journal of Clinical Child Psychology***. 28 (3): 349 - 354.

215. Greenspan, S. (1981). Social competence and handicapped individuals : Practical implication and a proposed model. ***Advances In Special Education***. 3: 41-82.

216. Gresham, F & Elliot, S. (1990) ***social skills rating system.*** Circle Pines, Minnesota: American Guidance service.

217. Grimes, J.D. & Swisker, J.D. (1989). Educational factors influencing adolescent decision making regarding use of Alcohol and drugs. ***Journal of Alcohol and Drug Education***. 35(1), 1-15.

218. Gross, J. & McCaul, M.E. (1992). An evaluation of a psychoeducational and substance abuse risk reduction intervention for children of substance abuseres. ***Journal of Community Psychology***. 75-87.

219. Halberstadt A., Denham, S & Dunsmors, J.(2001). Affective Social Competence. ***Social Development***. 10 (1). 79 – 119.

220. Hall, J.A.; Richardson, B.; Spears, J. & Rembert, J.K. (1998). Validation of the POSIT: Comparing drug using and abstaining youth. ***Journal of Child & Adolescent Substance Abuse***. 8(2): 29-61.

221. Halliday, C. & Graham, S. (2000). If I get locked up I get locked up: Secondary control and adjustment among juvenile offenders. ***Personality and Social Psychology Bulletin***. 26(5): 548-559.

222. Ham, L.; Hope, D.; White, C. & Rivers, P. (2002). Alcohol expectancies and drinking behavior in adults with social anxiety disorder and dysthymia. ***Cognitive Therapy and Research***. 26(2): 275-288.

223. Hammond, W.A. (2000). Canadian native adolescent solvent abuse and attachment theory. ***Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering***. 61(5-B): 2762.

224. Hargie, O. & Marshall, P. (1986). Interpersonal communication: Theoretical framework. In O. Hargie (Ed.), ***A Handbook of Communication skills***. London: Croom Helm.

225. Harré, R. & Lamb, R. (1986). ***The Dictionary of personality and social psychology***. Massachusetts: The MIT Press.

226. Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.; Gillmore, M.R. & Wells, E.A. (1989). Social skills training for drug abusers: Generalization, maintenance, and effects on drug use. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***. 57(4) 559-563.

227. Hayes, R.; Halford, W. & Varghese, F. (1995). Generlization of the effects of activity therapy and social skills training on the social behavior of low functioning schizophrenic patients. ***Occupational Therapy in Mental Health***. 11(4): 3-20.

228. Hedlund, B.L. & Lindquist, C.U. (1984). The development of an inventory for distinguishing among passive, aggressive and assertive behavior. ***Behavioral Assessment***. 6: 379-390.

229. Heimberg, R.G.; Chiauzzi, E.J.; Becker, R.E. & Madrazo, P.R. (1983). Cognitive mediation of assertive behavior: An analysis of the self statement patterns of college students psychiatric patients and normal adults ***Cognitive Therapy and Research***. 7: 455-464.

230. Hemstreet, B.E. & Flick, M. (1994). Comparing social skills of adolescents in substance abuse treatment and normal adolescents. ***Paper presented at the Annual meeting of the national association of school Psychologists***. (26th, Seattle, WA, March 4-5, 1994).

231. Heppner, P.P. & Petersen, C.H. (1982). The development and implications of a personal problem solving inventory. ***Journal of counceling Psychology***. 29: 66-75.

232. Heppner, P.P.; Neal, G.W. & Larson, L.M. (1984). Problem solving training as prevention with college students. ***Personnel and Guidance Journal***. 62: 514-519.

233. Hermalin, J.; Husband, S.D. & Platt, J.J. (1990). Reducing costs of employee alcohol and drug abuse: problem solving and social skills training for relapse prevention. ***Employee Assistance Quarterly***. 6(2): 11-25.

234. Herrick, S.M. & Elliot, T.R. (2001). Social problem solving abilities and personality disorder characteristics among dual diagnosed persons in substance abuse treatment. ***Journal of clinical psychology***. 57(1): 75-92.

235. Herzberger, S.D.; Chan, E. & Katz, J. (1984). The development of an assertiveness self report inventory. ***Journal of Personality Assessment***. 48: 317-323.

236. Hisatomi, N.; Mizutani, Y.; Nagashima, Y. & Higuchi, S. (1997). Education programs for prealcoholics and their effects on drinking behavior. ***Seishin Igaku Clinical Psychiatry***. 39(4): 415-422.

237. Hoefler, M.: Lieb, R.; Perkonigg, A.; Schuster, P.; Sonntag, H. & Wittchen, H.U. (1999). Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents : A prospective examination of vulnerability and risk factors. ***Addiction***. 94(11), 1679-1694.

238. Huber, C.J. (1999). The influence of children's self perceived competence on the association between marital conflict, negativity in the parent child relationship, and child behavior. ***Dissertation Abstracts International : Section B: The sciences and Engineering***. 59 (7-B): 3695.

239. Husain, A. & Khan, G. (1997). Need for a new perspective for addictive behavior. ***Journal of the Indian Academy of Applied Psychology***. 23(1-2): 95-97.

240. Ihara, H.; Berrios, G. & London, M. (2000). Group and case study of the dysexecutive syndrome in alcoholism without amnesia. ***Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry***. 68(6): 731-737.

241. Jenson, J.M.; Wells, E.A.; Plotnike, R.D.; Hawkins, J.D. & Catalano, R.F. (1995). The effects of skills and intentions to use drugs on post treatment drug use of adolescents. ***American Journal of Drug and Alcohol Abuse***. 19(1): 1-18.

242. John, K; Gamon, G. Pruoff, B & Warjer, V. (1987). The social adjustement inventory for children and adolescents (SAIVA): Testing of arew semi- Strauctured interview. ***Journal of the American Academy of child and adolescents psychaitry.*** 26, 898 – 911.

243. Johnes, A. & Chinnick, E. (1993). Adult children of Alcoholics: Characterestics of students in a university sitting. ***Journal of Alcohol and Drug Education***. 38: 58-69.

244. Johnson, J.A.; Cheek, A. & Smither, R. (1983). The structure of empathy. ***Journal of Personality & Social Psychology***

247. Khantzian, E.J. & Treece, C. (1985). DSM. III Psychiatric diagnosis of narcotic addicts: Recent findings. ***Archives of General Psychiatry***. 42: 1067-1071.

248. Khantzian, E.J. (1990). Self regulation and self medication factors in alcoholism and the addictions similarities and difference. In M. Qalanter (Ed.), ***Recent developments in alcoholism***. New York: Plenum.

249. Kindlundh, A.S.; Isacson, D.L.; Berglund, L. & Nyberg, F. (1999). Factors associated with adolescent use of doping agents: Anabolic androgenic steroids. ***Addiction***. 94(4). 543-553.

250. Knight, R.G. & Godfrey, H.P. (1993). The role of Alcohol-related expectancies in the prediction of drinking behavior in asimulated social interaction. ***Addiction***. 88(8) 111-1118.

251. Kosten, T.A.; Kosten, T.R. & Rounsavill, B. J. (1986). Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. ***Journal of Substance Abuse Treatment***. 6: 163-168.

252. Krech, F. D; Drabkova, H. & Rathner, G. (1997). The relationship among obesity, psychological problems and alcoholic dependence in the general population. ***Ceskoslovenska Psychologic***. 41 (1): 39 - 48.

253. Lantican, L.S. & Mayorga, J. (1993). Effectiveness of women's mental treatment program: A pilot study. Issues in Mental Health. ***Nursing***. 14(1): 31-49.

254. Lasalvia, T.A. (1993). Enhancing addiction treatment through psychoeducational groups. ***Journal of Substance Abuse Treatment***. 10(5), 439-444.

255. Leblanc, L. (1997). Social skills in adults with severe disabilities. ***Dissertation Abstracts International. Section-B: The sciences and Engineering***. 58(2-B) 0418.

256. Levenson, R.W. & Gottman, J.M. (1978). Toward the assessment of social competence. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***. 46: 453-462.

257. Lewis, B.A. & O'Neill, H.K. (2000). Alcohol expectancies and social deficits relating to problem drinking among college students. ***Addictive Behaviors***. 25(2) 295-229.

258. Li, F. & Zhu, Y. (1995). A study of mental traits of salesman and marketing persons. ***Psychological Science China***. 18(5): 291-294.

259. Libert, J. & Lewinsohn, P. (1973). Concept of social skills with special reference to the behavior of depressed persons. ***Journal of consulting & clinical Psychology***. 40: 304-312.

260. Liddle, H.A.; Dakof, G.A.; Parker, K.; Diamond, G.S.; Barrett, K. & Tejeda, M. (2001). Multidimiensional Family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. ***American Journal of Drug and Alcohol Abuse***. 27(4): 651-688.

261. Lindenberg, C.S.; Strachan, O.; Solorzano, R.; Calvis, C.; Dre ber, M. & Darrow, V. (1999). Correlates of alcohol and drug use among low-income hispanic childbearing woman living in the U.S.A. ***International Journal of Nursing Studies***. 36(1), 3-11.

262. Lochman, J & Dodge, K. (1994). Social cognitive processes of severely violent moderately aggressive and nonaggressive boys. ***Journal of consulting & clinical psychology***. 62, 366 – 374.

263. Lorr. M.; More, W.W. & Mansueto, C.S. (1981). The structure of assertiveness: Aconfirmatory study. ***Behavior Research and Therapy***.

264. Losciuto, L.; Freeman, M.A.; Harrington, E.; Altman, B. & Lanphear, A. (1997). An outcome evaluation of the woodrock youth development project. ***Journal of Early Adolescence***. 17(1), 51-66.

265. Lovejoy, M.; Rosenbium, A.; Magura, S. & Foote, J. (1995). Patients perspective on the process of change in substance abuse treatment. ***Journal of Substance Abuse Treatment***. 12(4): 269-282.

266. Luther, S.S.; Glick, M.; Zigler, E. & Rounsaville, B.J. (1993). Social competence among cocaine abusers: moderating effects of comorbid diagnoses and gender. ***American Journal of Drug Abuse***. 19(3) 283-298.

267. Lydiard, R.B. (2001). Social Anxiety disorder: Comorbidity and its implications. ***Journal of Clinical Psychiatry***. 62(11): 17-24.

268. Mackesy, A.M. & Fendrich, M. (1999). Inhalant use and delinquent behavior among adolescents· A comparison of inhalant users and other drug users. ***Addiction***. 94(4): 555-564.

269. Maguire, M. C. & Dunn, J. (1997). Friendships in Early childhood and social understanding. ***International Journal of Behavioral Development***. 21 (4): 669 - 686.

270. Maltzman, I. & Schweiger, A. (1991). Individual and Family characteristics of middle class adolescents hospitalized for alcohol and other drug abuse. ***British Journal of Addiction***. 86, 1435-1447.

271. Mar, D.D. & Fairchild, T.N. (1993). A problem solving strategy & self esteem in recovering chemically dependent women. ***Alcoholism Treatment Quarterly***. 10(1-2), 171-186.

272. Marsh, D. (1982). The development of interpersonal problem solving among elementary school children. ***The Journal of Genetic Psychology***. 140: 107-118.

273. Massac, L. (1998). The role of social skills, cognitive distortion, and substance abuse as predictors of recidivism among juvenile delinquents. ***Dissertation Abstracts International: section B: The sciences and Engineering***. 59(2-B): 0879.

274. Mayer, R.E. (1994). Problem solving. In V.S. Ramachandran. (Ed.), ***Encyclopedia of Human Behavior***. New York: Academic Press.

275. McFall, R. (1982). Areview and reformulaltion and concept of social skills. ***Behavioral Assessonent***. 8, 3-10.

276. McClanahan, R.P. & Sullivan, E.J. (1995). Content analysis of alcohol and drug dependent nurses perceptions of the process of their dependency and recovery. ***Substance Abuse***. 16(4), 183-193.

277. McCormick, R.; Dowd, E. Quirk, S. &Zegarra, J. (1998). The relationship of NEO-PI performance to coping styles, patterns of use and triggers for use among substance abusers. ***Addictive Behaviors***. 23(4): 497-507.

278. McDonald, L. & Sayger, T.V. (1998). Impact of a family and school based prevention program on protective factors for high risk youth. ***Drugs and Society***. 12(1-2): 61-85.

279. Mendelson, J. H & Mello, N. K. (1985). ***Alcohol: Use and Abuse in America***. Boston: Little, Brown and company.

280. Michael. D. (1996). Links between peer group affiliation family functioning and adolescent risk taking behavior. ***Dissertation abstracts internatonal: Section B***: 57(12-B) 7723.

281. Michels, P.; Johnson, N.; Mallin, R.; Thornhill, J. & Sharma, S. (1999). Coping strategies of alcoholic women. ***Substance Abuse***. 20(4): 237-248.

282. Milin, R.; Peachey, J. & Lohmsc, E.A. (1993). Prevalene and predictive value of personality disorders in alcohol dependents during recovery. ***The American academy of psychiatrists in Alcoholism & addictions. 4th annual symposium***. Florida.

283. Miller, D. & Cole, C. (1998). Effects of social skills training on an adolescence with comorbid conduct disorder and depression. ***Child and Family Behavior Therapy***. 20(1): 35-53.

284. Miller, H.J.; Macphee, D. & Fritz, J.J. (1998). DARE to be you: A family support, early prevention program. ***Journal of primary prevention***. 18(3): 257-285.

285. Miller, W. R. & Brown, J. M. (1991). Self regulation as a conceptual Basis for the Prevention and treatment of addictive behaviors. In N. Heather; W. R. Miller & J. Greeley (Eds.), ***Self Control and the Addictive Behaviors*** (3 - 79). Austeralia: Maxwell Macmillan publishing .

286. Moeller, L.; Schwarz, R.; Burtscheidt, W. & Gaebel, W. (2002). Alcohol dependence and gender role orientation. ***European Psychiatry***. 17(1): 1-8.

287. Mogen, B.O. (2001). Assessment of neuropsychological functions of alcoholics within an outpatient treatment program. ***Dissertation Abstracts International. Section B: The sciences and Engineering***. 62(4-B): 2070.

288. Moggi, F.; Ouimette, P.C.; Moos, R.H. & Finney, J.W. (1999). Dual diagnosis patients in substance abuse treatment: Relationship of general coping and substance specific coping to 1 year outcomes ***Addiction***. 94(12): 1805-1816.

289. Monti, P. M. & Fingeret, A. L. (1987). Social perception and communication skills Among schizophrenics and nonschizophrenics. ***Journal of Clinical Psychology***. 43 (2): 197 - 205.

290. Monti, P. M.; Kadden, R.; Rohsenow, D.; Cooney, N. & Abrams, D. (2002). ***Treating alcohol dependence: A coping skills training guide***. New York: Guilford Press.

291. Monti, P.M. & O'Leary, T.A. (1999). Coping and social skills training for alcohol and cocaine dependence. ***Psychiatr clin North American***. 22 (2): 447-470.

292. Mott, M. (1991). Psychosocial risk factors for substance abuse: Study of adolscent with family history of alcoholism. ***Dissertation Abstracts International: Section B: The sciences and Engineering. 52 (5-8).***

293. Myers, M.G. & Brown, S. (1993). Coping responses and relapse among adolescent substance abusers. ***Journal of substance Abuse***. 2(2): 177-189.

294. Myers, P.L. (2002). The management of identity in Bodagas: stigma and micro economics in Broklyn. ***Journal of Ethnicity in Substance Abuse***. 1(13): 75-92.

295. Nelson, E.C.; Heath, A.C.; Madden, P.A.; Cooper, L.; Dinwiddie, S.; Bucholz, K & Glawinski, A. (2002). Association between self reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. ***Archievs of General Psychiatry***. 59(2): 139-145.

296. Nezlek, J.B.; Wheeler, L. & Reis, H. (1990). Academic performance and social behavior. ***Journal of Social and Personal Relationships***. 7: 291-309.

297. Nezu, A.M. (1987). A problem solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. ***Clinical Psychology Review***. 7: 121-144.

298. Nezu, A.M.; Nezu, C.M. & Perri, M.G. (1989). ***Problem solving therapy for depression: Theory, reaserch & clinical guidelines***. New York: John wiley & sons.

299. Ng, H.Y. (2002). Drug use and self organization: A personal construct study of religious convesion in drug rehabilitation. ***Journal of Constructivist Psychology***. 15(4): 263-278.

300. O'Callaghan, F. & Doyle, J. (2001). What is the role of impression management in adolescent cigarette smoking? ***Journal of Substance Abuse***. 13(4): 459-470.

301. O'Leary, T. & Monti, P. (2002). Cognitive behavioral therapy for alcohol addiction. In S. Hofmann & M. Tompson (Eds.), ***Treating Chronic and Sever mental disorders: A handbook of empirically supported interventions***. (pp. 234-257). New York: Guilford Press.

302. Palmer, R.F.; Graham, J.W.; White, E.L. & Hansen, W. B. (1998). Applying multilevel analysis strategies in adolescent substance use prevention research. Preventive Medicine: ***An International Devoted to Practice and Theory***. 27(3): 328-336.

303. Parker, J & Asher,s (1987) peer acceptance and later personal adjustment: Are low accepted children at risk?. ***Psychological Bulletin***. 102, 357 – 389.

304. Parker, J.C; Gilbert, G. & Speltz. (1981). Expectations regarding the effects of alcohol on assertiveness: A comparison of alcoholics and social drinkers. ***Addictive Behaviors***. 6 : 29 - 33.

305. Patterson, T.I.; Mascona, S.; Mckibbin, C.L.; Davison, K. & Jeste, D.V. (2001). Social skills performance assessment among elder patients with schizophrenia. ***Schizophrenia Research***. 48(2-3): 351-360.

306. Peirce, R.S.; Frone, M.R.; Russell, M.; Cooper, M.L. & Mudar, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression and Alcohol use. ***Health Psychology***. 19(1), 28-38.

307 Pentz, M.A. (1983). Prevention of adolescent substance abuse through social skill development. ***NIDA Research Monographes***. (47) 195-232.

308. Perlick, D.; Clarkin, J.F.; Sierey, J.; Raue, P.; Greenfield, S.; Struening, E. & Rosenheck, R. (1999). Burden experienced by care givers of person with bipolar affective disorder. ***British Journal of Psychiatry***. 175: 56-62.

309. Peter, P.T. (1998). Impact of religion and family adjustment among the addicts and the recovery programme analysis of Materialism Spirituality & Family adjustment among Alcoholic & non alcoholic family. ***The 1st International Confrence on the Prophylactic Role of the Family and Religion Towards Drug Abuse in the Young***. Kuwait. 16-18 March. 1998.

310. Peterson, N.A. & Reid, R.J. (2003). Paths to psychological empowerment in an urban community: sense of community and citizen participation in substance abuse prevention activities. ***Journal of Community Psychology***. 31(1): 25-38.

311. Petrovsky, A.V. & Yaroshevsky, M.G. (1987). ***A concise psychological dictionary***. Moscow: Progress Publishers.

312. Peyrot, M.; Yen, S. & Baldassano, C. (1994). Short term substance abuse prevention in jail: A cognitive behavioral approach. ***Journal of Drug Education***. 24(1): 33-47.

313. Pfeffer, J. (1993). An exploratory study of decision making as related to the tobacco and alcohol use of eighth graders. ***Journal of Alcohol and Drug Education***. 39(1), 111-122.

314. Pizer, R. (2000). Getting loaded: Adolescent girls' stories of substance abuse and treatment. ***Dissertation Abstracts International: Section B: The sciences and Engineering***. 60(9-B): 4933.

315. Plath, W.V. (2002). The rational integration approach for reducing adult alcoholics alcohol relapse. ***Dissertation abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering***. 62(10-B): 4814.

316. Platt, J.J. (1986). ***Heroin Addiction***. Folorida: R.E. Kriezer Publishing Company

317. Platt, J.J. & Husband, S.D. (1993). An overview of problem solving and social skills approaches in substance abuse treatment. ***Psychotherapy***. 30(2), 276-283.

318. Platt, J.J.; Husband, S.D.; Steer, R.A. & Iguchi, M.Y. (1995). Problem solving types among high-risk IDUs: potentional treatment implications. ***Journal of Substance Abuse Treatment***. 12(2): 103-109.

319. Platt, J.J. & Spivack, G. (1972). Problem solving thinking of psychiatric patients. ***Journal of Consulting & Clinical Psychology*** 39, 148-151.

320. Platt, J.J. & Spivack, G. (1973). Studies in problem solving thinking of psychiatric patients : patient – control differences and factorial structure of problem solving thinking. ***Proceedings, 81st Annual Convention of the American Psychological Association***. 8, 461-462.

321. Platt, J.J.; Spivack, G.; Altman, N.; Altman, D. & Peizer, S.B. (1974). Adolescent problem solving thinking. ***Journal of Consulting & Clinical Psychology***. 42, 787-793.

322. Platt, J.J.; Taube, D.O.; Metzger, D.S. & Duome, M.J. (1988). Training in interpersonal problem solving (TIPS). ***Journal of Cognitive Psychotherapy***. 2(1): 5-34.

323. Ramsey, S.E.; Brown, R.A.; Stuart, G.L.; Burgess, E. S. & Miller, I.W. (2002). Cognitive variables in alcohol dependent patients with elevated depressive symptoms: changes and predictive utility as a function of treatment modality. ***Substance Abuse***. 23(3): 171-182.

324. Randall, C.L.; Thomas, S & Thevos, A.K. (2001). Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: A first step toward developing effective treatments. ***Alcoholism: Clinical and Experimental Research***. 25(2): 210-220.

325. Rathus, S.A. (1973). A 30-item schedule fo assessing assertive behavior. ***Behavior Therapy***. 4: 398-406.

326. Rebelo, F.R. (1999). Denial level and coping style in a substance abuse treatment population. ***Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering***. 60(6-B): 2958.

327. Reber, A.S. (1985). ***The penguin Dictionary of Psychology***. London: Penguin Books.

328. Regier, D; Farmer, M; Rae, D; Locke, B; Keith, S; Judd, L & Goodwin, F (1990). Co morbidity of mental disorders with Alcohol and other drug abuse. ***Jama***. 264: 2511 – 2518.

329. Reisman, J.M. & Shorr, S. (1980). Developmental changes in Friendship related communication skills. ***Journal of Clinical Child Psychology***.

330. Renouf, A.G.; Kovacs, M. & Mukerji, P. (1997). Relationship of depressive, conduct, and comorbid disorders and social functioning

in childhood. ***Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry***. 36(7): 998-1004.

331. Riggio, R.E.; Tucker, J. & Throckmorton, B. (1987). Social skills and deception ability. ***Personality & Social Psychology Bulletin***. 13: 568-577.

332. Roche, A.M. (1998). Alcohol and drug education and training: A review of key issues. ***Drugs: education, prevention and policy***. 5(1) 85-99.

333. Rockhill, C.M. (2000). Depressed children's frienships. ***Dissertation Abstracts International: Section B: The sciences and Engineering***. 61(5-B): 2798.

334. Rudolph, K. D. & Clark, A. (2001). Conception of relationships in children with depressive and aggressive symptoms: Social cognitive distortion oreality. ***American Jouranl of Psychiatry***. 157(7): 1084-1088.

335. Rutherford, M.J.; Cacciola, J.S.; Alterman, A.L. & Cook, T.G. (1997). Social competence in opiate addicted individuals: gender differences, relationship to psychiatric diagnoses, and treatment response. ***Addictive Behaviors***. 22 (3): 419-425.

336. Saarni, C. (1997). Emotional competence and self regulation in childhood. In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), ***Emotional Development and Emotional intelligence: Educational Implication*** (35-66). New York: Basic Books.

337. Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (1985). Anxiety and interfering thoughts, their effect on social interaction. In W. Jones., J.M. Check. & S. Briggs, (Eds.), ***Shyness, perspectives on research and treatment***. New York: Plenum Press.

338. Schaeffer, K.W.; Parsons, O.A. & Errico, A.L. (1989). Performance deficits on tests of problem solving in alcoholics: Cognitive of motivational impairment. ***Journal of substance Abuse***. 1(4): 381-392.

339. Scheir, L.M. & Botvin, G.J. (1998). Relations of social skills, personal competence and adolescent alcohol use: A development exploratory study. ***Journal of Early Adolescence***. 18(1): 77-114.

340. Schulzinger et al., (1986). Prospective study of youngment at high risk for alcoholism. ***Archives of General Psychiatry***. 43: 755-760.

341. Schumm, W. R.; Jurich, A. P. & Bollman, S. R. (1986), Characteristics of thc kansas family life statisfaction scale in a regional smple. ***Psychological Reports***. 58: 975 - 980.

342. Schwartz, R.M. & Gottman, J.M. (1976). Toward a task analysis of assertive behavior. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***. 44: 910-920.

343. Segrin, C. (1993). Social skills deficits and psychosocial problems: Antecedent, concomitant or consequent? ***Journal of Social and clinical Psychology***. 12(3): 336-353.

344. Shah, F. & Morgan, S.B. (1996). Teacher's ratings of social competence of children with high versus low levels depressive symtoms. ***Journal of School Psychology***. 34(4): 337-349.

345. Sheehan, M.; Schonfield, C.; Ballord, R. & Schofield, F. (1996). A three year outcome evaluation of a theory based drink driving education program. ***Journal of Drug Education***. 26(3): 295-312.

346. Shek, D. (2002). Family Functioning and Psychological well being, school adjustment and problem behavior in Chinese adolescents with and without economic disadvantage. ***Journal of Genetic Psychology***. 163(4): 497-502.

347. Shibazaki, K. (1999). Ethnic identity, acculturation, perceived discrimination, and college adjustment in Mexican Americans. ***Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering***. 60 (4-B): 1872.

348. Shope, J.T.; Copeland, L.A.; Maharg, R.; Dielman, T.E. & Butchart, A.T. (1993). Assessment of adolescent refusal skills in an alcohol misuse prevention study. ***Health Education Quarterly***. 20(3): 373-390.

349. Shulman, S. & Knafo, D. (1997). Balancing closeness and individulity in adolescent close relationships. ***International Journal of Behavioral Development***. 21 (4): 687 - 702.

350. Shure, M.B. (1981). Social competence as a problem solving skill. In J.D. Wine & M.D. Smye (Eds.), ***Social Competence***. New York: Guilford.

351. Singh, A.R.; Mehta, R.; Ahmed, H. & Banerjee, K.R. (1997). The quantitative assessment of depression and anxiety among male alcohol dependents. ***Journal of the Indian Academy of Applied Psychology***. 23(1-2) 69-71.

352. Skinner, R.A. & Piek, J.P. (2001). Psychosocial implications of poor motor coordination in children and adolescents. ***Human Movement science***. 20(1-2): 73-94.

353. Skinstad, A. H & Swain, A. (2001). Co morbidity in A clinical sample of substance abusers. ***American Journal of Drug & Alcohol Abuse***. 27, 45 – 64.

354. Slatten, M.L. (1999). Dysfunctional career thoughts and self appraised problem solving ability among substance abusers ***Dissertation Abstracts International : Section A: Humanities and Social sciences***. 60(3-A): 0662.

355. Smart, R.; Adlaf, E. & Walsh, G. (1994). Neighbourhood Socio economic factors in relation to student drug use and programs. ***Journal of Child & Adolescent Substance Abuse***. 3(1): 37-46.

356. Smith, D.W. & Brodzinsky, D.M. (2002). Coping with Birth parent loss in adopted children. ***Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines***. 43(2): 213-223.

357. Smith, T.E.; Bellack, A.S. & Liberman, R.P. (1996). Social skills training for schizophrenia: Review and Future Directions. ***Clinical Psychology Review***. 16(7): 599-617.

358. Soueif, M.I., El-Sayed, A.M.; Darweesh, Z.A. & Hannourah, M.A. (1982a). The extent of nonmedical use of Psychoactive substance among secondary school students in greater Cairo. ***Drug & Alcohol Dependence***. 9: 15-41.

359. Soueif, M.I.; Darweesh, Z.A.; Hannourah, M.A. & El-Sayed, A.M. (1982b). The non medical use of psychoactive substances by male technical school students in greater Cairo: An epidemiological study. ***Drug & Alcohol Dependence***. 10: 321-331.

360. Soueif, M.I.; Darweesh, Z.A.; Hannourah, M.A.; El-Sayed, A.M.; Yunis, F.A. & Taha, H.S. (1986). The extent of drug use among Egyptian male University Students. ***Drug & Alcohol Dependence***. 18: 389-403.

361. Soueif, M.I.; Hannourah, M.A., Darweesh, Z.A.; El-Sayed, A.M.; Yunis, F.A. & Taha, H.S. (1987). The use of Psychoactive substances by Female Egyptian University Students, compared with their male colleagues on selected items. ***Drug & Alcohol Dependence***. 19: 233-247.

362. Souief, M, I. (1980). ***Chronic Cannabis Consumption***. Cairo: National Center For Social & Criminological researchs.

363. Spanier, G. G. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. ***Journal of Marrage & the Family.*** 38: 15 - 28.

364. Spence, S.H. (1995). ***Social Skills training: Enhancing social competence and children and adolesscnents***. Windsor: The NFER Nelson publishing company Ltd.

365. Spence, S.H. (2003). Social skills training with children and young people: Theory, Evidence and practice. ***Child & Adolescent Mental Health***. 8 (2), 84 – 96.

366. Spence, S.H & Donovan, C. (1998). Interpersonal problems. In Graham, Philip Jeremy (Ed.) ***Cognitive behavior therapy for Children and Families*** (PP. 217 – 245). New York: Combridge University Press.

367. Spence, S.H.; Donovan, C. & Brechman Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes and cognitive features of childhood social phobia. ***Journal of Abnormal Psychology***. 108(2). 211-221.

368. Spence, S.H ; Donovan, C & Brochman – Toussaint. (1999). Social Skills, Social outcomes and cognitive features of childhood social phobia. ***Journal of abnormal psychology.*** 108. 211-221.

369. Spivack, G.; Platt, J.J. & Shure, M.B. (1976). ***The problem solving approach to adjustment***. San Francisco: Jossey – Bass.

370. States, J.A. (2002). Self efficacy and spirituality in the recovery process from alcohol dependence: A paradox. ***Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering***. 62(7-B): 3390.

371. Steinglass, P. (1985). Family systems approaches to alcoholism. ***Journal of Substance Abuse Treatment***. 2 (3): 161 - 167.

372. Sternberg, R.J. & Smith, C. (1985). Social intelligence and decoding skills in non verbal communication. ***Social Cognition***. 3: 168-192.

373. Stravynski, A. & Amado, D. (2001). Social Phobia as a deficit in social skills. In S.G. Hofman & P.M. Dibartolo (Eds.), ***From Social Anxiety to Social Phobia: Multiple Perspectives***. Boston: Allyn & Bacon.

374. Stuss, D. T. & Benson, D. F. (1987). The frontal lobes revisited. In E. Perecman (Ed.), ***The Frontal Lobes and Control of Cognition and Memary***. (141 - 158). New York: IRBN Press.

375. Sullivan, E.V.; Fama, R.; Rosenbloom, M.J. & Pfeferbaum, A. (2002). Aprofile of neuropsychological deficits in alcoholic women. ***Neuro psychology***. 16(1): 74-83.

376. Sussman, S. & Dent, C.W. (1996). The correlates of addiction concern among adolescents at high risk for drug abuse. ***Journal of Substance Abuse***. 8(3): 361-370.

377. Sussman, S.; Dent, C.W.; Stacy, A.W. & Craig, S. (1998). One-year outcomes of project towards No drug abuse. Preventive Medicine: ***An International Devoted to Practice and Theory***. 27(4): 632-642.

378. Sutherland, I. & Shepherd, J.P. (2001). Social dimensions of adolescent substance use. ***Addiction***. Vol. 96 (3), pp. 445-458.

379. Swadi, H. (1992). Psychiatric symptoms in drug abusing adolescents. ***Drug and Alcohol Dependence***. 31(1): 77-83.

380. Tau, E. (1995). The myth of adolescent substance abusers having social skills deficits. ***Dissertation Abstracts International. Section A: Huma anities and social sciences***. 55(10-A): 3145.

381. Tavitian, M. L; Lubiner, J. L; Green, L; Grebstein, L. C. & Velicer, W. F. (1987). Dimensions of Family Functioning. ***Journal of Social Behavior & Personality***. 2: 191 - 204.

382. Taylor, S.E. & Crocker, J. (1992). Schematic Bases of social information processing. In E. Aronson & A. R. Pratkanis. ***Social Psychology***. New York: An Elgar Reference Collection.

383. Thompson, K.; Bundy, K. & Wolfe, W. (1996). Social skills training for young adolescents: cognitive and performance components. ***Adolescence***. 31(123): 505-521.

384. Torres, C.M. (1999). After regulation strategies as a pathway to resilient adaptation in a high risk population. ***Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering***. 60 (1-B): 0378.

385. Tortu, S. (1988). Gender differences in correlates of substance use: Implications for prevention. ***Paper Presented at the Annual Meeting of American Public Health Association*** (116th, Boston. 13-17 Marach).

386. Tur-kaspa, H. & Bryant, T. (1994). Teacher's rating of the social competence and school adjustment of students with LD in elementary and junior high school. ***Journal of Learning Disabilities***. 28(1): 44-52.

387. Vaccaro, J.V. & Roberts, L. (1992). Teaching social and coping skills. In M. Birchwood & N. Tarrier (Eds.), ***Innovations in the Psychological Management of schizophrenia: Assessment Treatment and services***. New York: John Wiley & Sons.

388. Valentine, J.; Gottlieb, B.; Keel, S.; Griffith, J. & Ruthhazer, R. (1998). Measuring the effectiveness of the urban youth connection: The case for dose-response modeling to demonstrate the impact of

an adolescent substance abuse prevention program. ***Journal of Primary Prevention***. 18(3): 363-386.

389. Valliant, G. (2003). Mental health. ***American Journal of psychiatry***. 160 (8)m 1373 – 1383.

390. Van Hasselt, V.B.; Null, J.A.; Kempton, T. & Bukstein, O.G. (1993). Social skills and depression in adolescent substance abusers. ***Addictive Behaviors***. 18(1) 9-18.

391. Villatoro, V.J.; Medina, M.E.; Juarez, F.; Rojas, E.; Carreno, S. & Berenzon, S. (1998). Drug use pathways among high school students of Mexico. ***Addiction***. 93(10): 1577-1588.

392. Wada, K. & Fukui, S. (1993). Prevalence of Volatile solvent inhalation among Junior high school students in Japan and background life style of users. ***Addiction***. 88(1): 89-100.

393. Wada, K. & Fukui, S. (1994). Prevalence of tobacco smoking among junior high school students in Japan and background life style of smokers. ***Addiction***. 89(3): 331-343.

394. Wagner, E.F.; Myers, M.G. & Mcininch, J.L. (1999). Stress coping and temptation coping as predictors of adolescent substance use. ***Addictive Behaviors***. 24(6): 769-779.

395. Wajner, M.; Wasilewaski, D.; Matsumoto, H. & Cedro, A. (1997). Differences in the course of alcohol withdrawal in women and Men: A polish sample. ***Alcoholism clinical & Experimental Research***. 21(8): 1351-1355.

396. Walton, M.A.; Blow, F.C. & Booth-Brenda, M. (2000). A comparison of substance abuse patients and counselors perceptions of relapse risk: Relationship to actual relapse. ***Journal of Substance Abuse Treatment***. 19(2): 161-169.

397. Warheit, G. & Biafora, F. (1991). Mental health and substance abuse patterns among a sample of homeless post adolescents. ***International Journal of Adolescence and youth***. 3(1-2): 9-27.

398. Weissman, M.M. & Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. ***Archives of General Psychiatry***. 33: 1111-1115.

399. Welsh, J.A. & Bierman, K.L. (1995). ***Gale Encyclopedia of Childhood and Adolescence***. New York: Gulford Press.

400. Werch, C.E.; Pappas, D.M.; Carlson, J.M. & Diclementes, C.D. (1998). Short and long term effects of a pilot prevention program to reduce alcohol consumption. ***Substance Use & Misuse***. 33(11): 2303-2321.

401. Wicks, S.; Hammer, J.; Heilig, M. & Wisen, O. (2001). Factors affecting the short term prognosis of alcohol dependent patients undergoing inpatient detoxification. ***Substance Abuse***. 22(4): 235-245.

402. Wilkinson, D. A. (1991). Addictive behaviors and the neuro Psychology of self control. In N. Heather; W. R. Miller & J. Greley (Eds.), ***Self control and the Addictive Behaviors*** (107 - 126). Australia: Maxwell Macmillan publishing.

403. Wilkinson, J. & Canter, S. (1982). ***Social Skills Training Manual***. Chichester: Wiley.

404. Williams, S.B. & Bicknell-Behr, J. (1992). Assertiveness and Psychological type. ***Journal of Psychological Type***. 23: 27-37.

405. Williams, T & Gilmour, J. (1994). Sociometry and peer relationships. ***Journal of child psychology and psychiatry***. 35 (6) 997 – 1013.

406. Wilson, J.J. & Steiner, H. (2002). Conduct problems substance use and social anxiety: A developmental study of recovery and adptation. ***Clinical Child Psychology and Psychiatry***. 7(2): 235-247.

407. Wittchen, H.U. (2000). The many faces of social anxiety disorder. ***International Clinical Psychopharmacology***. 15(11): 7-12.

408. Wynn, S.R.; Schulenberg, J.; Kloska, D.D. & Laetz, V.B. (1997). The mediating influence of refusal skills in preventing adolescent alcohol misuse. ***Journal of Scholestic Health***. 67(9): 360-395.

409. Yeh, L.S. & Hedgespeth, J. (1995). A multiple case study comparison of normal private preparatory school and substance abusing/ mood disordered adolescents and their families. ***Adolescence***. 30(118): 413-428.

410. Yen, S.; Peyrot, M. & Prino, C. (1989). A behavioral approach to substance abuse prevention in the correctional setting: A preliminary report. ***Behavioral Residential Treatment***. 4(1): 53-64.

411. Yunis, F. (1985) Morbidity and drug taking among Egyptian working class men. ***Paper submitted to the second national conference on drug abuse Cairo. October 1985.***

412. Zal, H.M. (2000). Social Anxiety disorder: How to help. ***Drug Benefit Trends***. 12(10): 5-10.

413. Zane, N. & Sasao, T. (1992). Research on drug abuse among Asian PacificAmericans. ***Druges & Society***. 6 (3 - 4) 181 – 2

414- Lemerise, E.A & Arsenio, W. F. (2000). An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing . Child Development. 71(1)107-118

مطابع الدار الهندسية
موبايل: ٠١٢٢٣٤٩٠١١ تليفاكس: ٢٩٧٠٣٧٦٦



صدر أيضًا للناشر

في مجال علم النفس

- سلسلة علم النفس الاكلينيكي المعاصر

١ . أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن أورام المثانة السرطانية — د . هناء شويخ

٢ . الأسس النفسية العصبية للوظائف التنفيذية — د . نشوى عبد التواب

٣ . اضطراب القراءة الارتقائي — د . غادة عبد الغفار

٤ . الاختلالات الزوجية — د . صفاء إس[illegible]

٥ . العلاج المعرفي السلوكي المختصر — ت:د . محمد [illegible]

٦ . العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب (برنامج علاجي تفصيلي) — د . محمو[illegible]

٧ . الصحة النفسية — د . حسام أحمد محمد أبو سيف د . أحمد [illegible]

٨ . القلق والاسترخاء العضلي (المفاهيم والنظريات والعلاج) — د . أمثال هادي [illegible]

٩ . سيكولوجية الذاكرة الدلالية والأحداث الشخصية — د . أمثال هادي [illegible]

١٠ . الكفاءة الاجتماعية (ومشكلات التعاطي والادمان) — د . أسامة محمد [illegible]

إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

١٣ شارع حسين كامل سليم - ألماظة - مصر الجديدة - القاهرة
ت : ٢٤١٧٢٧٤٩ - فاكس : ٢٤١٧٢٧٤٩ - ص.ب : ٥٦٦٢ هليوبوليس غرب - رمز بريدي ١١٧٧١
E-mail: etraccom@gmail.com